



Ana Teresa Raposo

**CUIDAR COM QUALIDADE A  
PESSOA INTOXICADA POR  
ORGANOFOSFORADOS (OF) NA  
SALA DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Projeto de Mestrado em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Janeiro 2013

## **[DECLARAÇÕES]**

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato, Ana Teresa Lourenço Raposo

---

Setúbal, 31 de Janeiro de 2013

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora, Maria Lurdes Martins

---

Setúbal, 31 de Janeiro de 2013

“Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.”

Saint-Exupéry

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de agradecer à instituição hospitalar, que nos autorizou a elaboração do projeto de intervenção em serviço e nos autorizou os estágios.

Um agradecimento especial às orientadoras de estágio. À Professora Doutora em Enfermagem Médico-Cirúrgica M.L.M., pela sua colaboração, apoio e disponibilidade. À Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A.C.G., pela sua colaboração, apoio, disponibilidade e ajuda nos momentos mais difíceis.

A toda a equipa multidisciplinar que de alguma forma contribuiu para a realização deste projeto, com o seu apoio, disponibilidade, interesse e receptividade.

Aqui ficam os nossos sinceros agradecimentos e “Bem-Haja” para todos.



## RESUMO

Este relatório do trabalho de projeto - **Cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência**, resulta de um processo de aprendizagem, durante o estágio, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu no Serviço de Urgência (SU), de um Hospital Alentejano. Com a elaboração deste relatório, pretendemos transmitir a partir de uma prática reflexiva, as aprendizagens em contexto de prática do ensino clínico; contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade e divulgar os resultados obtidos após a execução do projeto. Visando a aquisição de competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular em Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com a revisão da literatura consultada e selecionada, criámos um referencial teórico, que nos ajudou a interpretar os resultados obtidos ao longo do projeto, de modo a justificarmos as nossas intervenções na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, tendo como tema de desenvolvimento o cuidado à pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência. Anuímos que as intoxicações por organofosforados são uma emergência clínica, com necessidade de atuação imediata, pelo que houve pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área. Com esse desígnio fundamental elaborámos um “Protocolo para cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por organofosforados, na sala de emergência”. Que demonstra ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica devem investir no contexto da sua intervenção, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, na busca constante da excelência do Cuidar em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Abordagem Terapêutica; Intoxicação por Organofosforados em Adultos e Manifestações Clínicas.

## **ABSTRACT**

This project's work report - Caring with quality the intoxicated person by organophosphorus (OP) in the emergency room, results of a learning process, during the clinical stage, of the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing, held at Emergency Service (ES), of one Alentejano Hospital. With this report we want to transmit through a reflective practice, the learned in the context of clinical practice teaching; contribute, supported in evidence, for the development of theoretical knowledge and praxis in the area of nursing specialty and disseminate the results obtained after project execution. Aiming to acquire skills Specialist in Medical-Surgical Nursing, in particular in person in critical condition and the skills of Master of Medical-Surgical Nursing.

With the review of literature that was founded and selected, we created a theoretical framework, which helped us to interpret the results obtained during the project, in order to justify our interventions in providing specialized care to the Person in Critical Condition.

The Intervention Project in Service (PIS) was prepared in accordance with the design methodology, having as development theme the care to intoxicated person by organophosphate (OP) in the emergency room. We agree that organophosphate poisonings are a medical emergency, requiring immediate action, it is relevance to deepen and transmit scientific and practical knowledge in this area. With this fundamental design was produced a "Protocol for care with quality a person intoxicated by organophosphates, in the emergency room". That proves to be one of the areas in which the Nurse Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing must invest in the context of his intervention in order to contribute to the quality of care, in constant pursuit of excellence in Nursing Care in Person Critical Status.

**Key words:** Therapeutic Approach; Organophosphate Intoxication in Adults and Clinical Manifestations.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AChE - Acetilcolinesterase

ANPC - Autoridade Nacional de Proteção Civil

BO - Bloco Operatório

CA - Conselho de Administração

Ca<sup>+</sup> - Cálcio

CCOD - Centro de Coordenação Operacional Distrital

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIAV - Centro de Informação Antivenenos

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CDOS - Comando Distrital de Operações de Socorro

CDPC - Comissão Distrital de Proteção Civil

CHE- Colinesterases

CNPC - Comissão Nacional de Proteção Civil

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGADR - Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAN - Escala de Avaliação Numérica

EDIN - Echelle de Douleur et D'inconfort du Nouveau-Né

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENG - Entubação Nasogástrica

EOE - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ESS/IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FMEA - Failure Mode e Effects Analysis

GR - Gramas

HM - Higiene das Mãos

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

K<sup>+</sup> - Potássio

MG - Miligramas

MG/H - Miligramas/Hora

MG/H/KG - Miligramas/Hora/Quilograma

ML - Mililitro

Na<sup>+</sup> - Sódio

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OF - Organofosforados

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Demencia

PAC - Projeto de Aprendizagem Competências/ Clínica

PBE - Prática Baseada na Evidência

PEI - Plano de Emergência Interno

PDEPC - Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil

PIPP - Premature Infant Pain Profile

PIS - Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI - Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PMEPC - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

SAV - Suporte Avançado de Vida

SO - Sala de Observações

SF - Soro Fisiológico

SNC - Sistema Nervoso Central

SNG - Sonda Nasogástrica

SWOT - Strengths Weaknesses Opportunities Threats

SU - Serviço de Urgência

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>20</b>
<b>2 - REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
<b>3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO TRABALHO.....</b>	<b>39</b>
<b>4 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS) .....</b>	<b>41</b>
4.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	42
4.2 - DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA.....	43
<b>4.2.1 - Análise do Problema.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2.2 - Identificação dos Problemas Parcelares.....</b>	<b>48</b>
4.3 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	48
4.4 - OBJETIVO GERAL.....	49
<b>4.4.1 - Objetivos Específicos.....</b>	<b>50</b>
<b>5 - PLANEAMENTO DO PROJETO.....</b>	<b>51</b>
5.1 - CRONOGRAMA.....	51
<b>6 - EXECUÇÃO DO PROJETO.....</b>	<b>53</b>
6.1 - ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS.....	53
<b>7 - AVALIAÇÃO FINAL DO PROJETO.....</b>	<b>67</b>
<b>8 - PROJETO DE APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS/ CLÍNICA.....</b>	<b>68</b>
8.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	68
8.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	78
8.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA.....	104

<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>133</b>
ANEXO I - GUIA DOS PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS – LISTA DOS PRODUTOS COM VENDA AUTORIZADA (CLASSIFICAÇÃO DE OF POR SUBSTÂNCIA ATIVA, NOME COMERCIAL E TOXICIDADE) .....	134
ANEXO II - DECLARAÇÕES COMO FORMADORA SOBRE O PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA INTOXICADA POR OF NA SALA DE EMERGÊNCIA.....	136
ANEXO III - PRESENÇA DE FORMANDOS NA 1ª FORMAÇÃO SOBRE O PROTOCOLO.....	139
ANEXO IV - PRESENÇA DE FORMANDOS NA 2ª FORMAÇÃO DO PROTOCOLO.....	142
ANEXO V - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (FORNECIDA PELO CENTRO DE FORMAÇÃO) .....	144
ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NO CURSO – CONSENTIMENTO INFORMADO (NÃO DISPONÍVEL ATÉ AO MOMENTO) .....	146
ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO - PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO – EQUIPAS DE EVACUAÇÃO.....	148
ANEXO VIII - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NAS V JORNADAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL.....	150
ANEXO IX - DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NO CURSO DA CCI 2011.....	152
ANEXO X - DECLARAÇÃO COMO FORMADORA SOBRE A NORMA DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO.....	154



ANEXO XI - PRESENÇA DE FORMANDOS NA FORMAÇÃO SOBRE A NORMA DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO.....	156
ANEXO XII - DECLARAÇÃO DE OBSERVADOR NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	158
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>160</b>
APÊNDICE 1 - DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	161
APÊNDICE 2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS).....	170
APÊNDICE 3 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA PARA REALIZAÇÃO DO PIS.....	179
APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SU SOBRE PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO.....	181
APÊNDICE 5 - ANÁLISE SWOT.....	184
APÊNDICE 6 - PLANEAMENTO DO PROJETO.....	187
APÊNDICE 7 - CRONOGRAMA INICIAL.....	200
APÊNDICE 8 - CRONOGRAMA FINAL.....	202
APÊNDICE 9 - CARTA ENVIADA AO CA PARA HOMOLOGAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PERANTE PESSOA INTOXICADA POR OF NA SALA DE EMERGÊNCIA.....	204
APÊNDICE 10 - PROTOCOLO HOMOLOGADO.....	206
APÊNDICE 11 - DIAPOSITIVOS PARA FORMAÇÃO DO PROTOCOLO.....	222
APÊNDICE 12 - FOLHETO SOBRE INTOXICAÇÕES POR OF.....	240
APÊNDICE 13 - FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA INTOXICADA POR OF.....	243
APÊNDICE 14 - PLANO DA SESSÃO DA FORMAÇÃO SOBRE O PROTOCOLO.....	245
APÊNDICE 15 - DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	248

APÊNDICE 16 - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FORMANDOS PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS.....	250
APÊNDICE 17 - CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROTOCOLO.....	252
APÊNDICE 18 - FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PARA EVACUAÇÃO DO SU.....	255
APÊNDICE 19 - CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA NORMA DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO.....	257
APÊNDICE 20 - DIAPOSITIVOS PARA FORMAÇÃO SOBRE A NORMA.....	261
APÊNDICE 21 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE A NORMA.....	274
APÊNDICE 22 - REGISTO DE UMA SESSÃO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS.....	277
APÊNDICE 23 - ARTIGO SOBRE O PIS.....	290

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 - Análise estatística dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço para conhecer a opinião sobre o tema em estudo.....	46
Gráfico 2 - Análise estatística da avaliação final das formações sobre o protocolo de atuação perante a pessoa intoxicada por organofosforados na sala de emergência.....	62
Gráfico 3 - Análise estatística da avaliação final da formação sobre a norma da prevenção associada à cateterização periférica.....	100

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), na Unidade Curricular Médico-Cirúrgica I e II, módulo Estágio I, II e III, que se articularam entre si, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade, surge a elaboração deste relatório do trabalho de projeto e estágio. Relatório é um trabalho escrito onde todo o processo de desenvolvimento do projeto é organizado de forma a produzir informação sistematizada e transmitir as aprendizagens e ações realizadas durante o mesmo (Schiefer; Bal-Dobel e Batista, 2006). Os estágios decorreram no segundo e terceiro semestre do curso, num Hospital Alentejano, no serviço de urgência (SU). Foram orientados pela Professora Doutora em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) docente da Escola M.L.M. e pela Enfermeira Especialista em EMC A.C.G. in loco.

Cada estágio, realizado durante o Mestrado em EMC, foi suportado nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011a; 2011b), que orientaram simultaneamente o **exercício clínico**, assim como o desenvolvimento de um **Projeto de Intervenção em Serviço** (PIS), no âmbito da aquisição/aprofundamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o desenvolvimento de um **Projeto de Aprendizagem Competências/Clínica** (PAC), no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim a elaboração deste relatório tem como objetivos:

- 1- Transmitir a partir de uma prática reflexiva as aprendizagens em contexto de prática do estágio;

- 2- Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade;
- 3- Divulgar os resultados obtidos após a execução do projeto.

Uma preocupação constante ao longo deste relatório foi dar resposta aos objetivos do mesmo, assim como aos dos estágios, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde no processo de cuidar. Cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados de qualidade centrados na pessoa “ (...) *bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...)* ” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10). Corroboramos com a ideia que uma prática de cuidados de qualidade “ (...) *é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde.*” (Hesbeen, 2001, p. 52)

O tema do nosso PIS – **Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência**, demonstra ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir no contexto da sua intervenção, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à especificidade destas pessoas.

Os OF são substâncias com atividade anticolinesterásica, utilizados como inseticidas na agricultura. Pode ocorrer exposição accidental, durante a sua utilização (absorção pela pele ou por inalação), bem como a ingestão com efeitos suicidas. Originam intoxicações agudas e crónicas, situações comuns na maioria dos serviços de urgência (Sequeira [et. al.], 1994; Sheehy, 2001; Bjorling- Poulsen [et.al.], 2008; Caldas, 2010). As intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, pelo que é fulcral “ (...) *a renovação teórico-prática no atendimento das intoxicações exógenas e o treinamento da equipe de enfermagem, para qualificar a assistência ao intoxicado.*” (Estran, 2003, p. 281)

Através da análise da literatura consultada, contextualizamos a nossa percepção inicial, na realidade da nossa prática clínica os cuidados de enfermagem à pessoa intoxicada por OF, nem sempre estão em conformidade com a boa prática fundamentada pela evidência do conhecimento atual. Definimos por isso o **problema geral**:

- ✓ Inexistência de um protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência.

Sabendo que a utilização de protocolos promove a melhoria dos cuidados pela orientação de intervenções de provado benefício para situações específicas, estabelecemos como **objetivo geral**:

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

Como **objetivos específicos** estabelecemos:

- 1- Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar;
- 2- Envolver a equipa de enfermagem no projeto;
- 3- Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao número e tipo de intoxicações por OF;
- 4- Adicionar oxima à carga base medicamentosa (perfil da medicação) da sala de emergência;
- 5- Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência;
- 6- Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante pessoa intoxicada por OF;
- 7- Implementar protocolo.

Para dar resposta ao que nos propomos, o presente relatório encontra-se organizado em 8 capítulos fundamentais, incluindo esta introdução, onde pretendemos dar uma ideia global do que o leitor vai encontrar descrito ao longo deste trabalho. O primeiro capítulo denomina-se enquadramento conceptual onde

constam os conceitos que suportam o trabalho e ainda a abordagem à teoria de Jean Watson que norteia todo o trabalho. A escolha está relacionada com o olhar com que percebemos a enfermagem. Do segundo capítulo faz parte a revisão da literatura atual, pertinente e relevante ao tema em estudo, Intoxicação Aguda por Organofosforados (OF). No terceiro capítulo consta as considerações éticas do trabalho, onde explicamos como foram assegurados os princípios éticos. No quarto capítulo faz parte o PIS, englobando o diagnóstico da situação, a definição do problema, a análise do mesmo, a identificação de problemas parcelares, a determinação de prioridades assim como o objetivo geral e os objetivos específicos. Do quinto capítulo consta o planeamento do projeto, onde tivemos em conta a calendarização de atividades, ou seja os respetivos cronogramas: o inicial, que determinou a data de início e de fim das atividades a desenvolver e o final que apresenta a data alterada das atividades executadas face ao planeado. Segue-se o sexto capítulo referente à execução do projeto, do qual faz parte a descrição das atividades e estratégias desenvolvidas, assim como os indicadores de avaliação para alcançarmos os objetivos específicos traçados. No sétimo capítulo consta a avaliação final do projeto, que tem como finalidade analisar o produto final do mesmo. No oitavo capítulo consta o PAC com enfoque nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências do Mestre em EMC. A finalizar este relatório apresentamos a conclusão, na qual realizámos a síntese do mais significativo e dificuldades sentidas. Seguindo-se as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

## 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Corroboramos com a ideia que o enquadramento conceptual permite a elaboração de um conjunto de conceitos claros e organizados para documentar a temática em estudo, que fundamentam a pertinência no quadro de conhecimentos atuais. (Fortin, 1999)

Procuraremos ilustrar ao longo deste capítulo, os conceitos mais pertinentes em que nos suportámos para a construção do projeto: Enfermagem; Enfermeiro Especialista em EMC; Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Competências do Mestre; Meta paradigmas da Enfermagem (Saúde, Pessoa, Ambiente e os Cuidados de Enfermagem). Engloba ainda o desenvolvimento da teoria de Jean Watson que norteia todo o trabalho.

Um dos pontos de partida, que esteve presente ao longo de todo o percurso formativo foi o de **Enfermeiro Especialista**, assim partindo do que a Ordem dos Enfermeiros (OE) nos diz citamos o conceito, “*Enfermeiro especialista é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, (...), traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8648)

Procurando uma maior clarificação do especialista em EMC, foram definidas pela OE, o **Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, como sendo aquele que está habilitado para prestar “*(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, (...) tendo em vista a sua recuperação total.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 8656)

Sob o mesmo ponto de vista, **Competências Comuns**, são as “*Partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, (...), e são 4 os domínios de competências comuns: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da*



*Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8649)*

Por outro lado as **Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica** são: “a) *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 8656)

Concomitantemente com as competências acima referidas, também pautaram o nosso percurso formativo as **Competências de Mestre**, que de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março são: a) Possuir conhecimento e capacidades mais aprofundadas que no 1º ciclo; b) Saber aplicar o conhecimento a situações novas; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão; d) Ser capaz de transmitir as conclusões e raciocínios; e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo.

O corpus de ação onde se desenrola o nosso agir é o ser enfermeira, parecendo-nos importante ilustrar qual o conceito por nós assumido, de **Enfermagem**. Esta é a “*Profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) e aos grupos sociais em que ele está integrado, (...) ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE, 1996, artigo 4.º- Conceitos)

Consequentemente a enfermagem é uma disciplina, orientada para a prática profissional. De acordo com os seus próprios processos de reflexão, de conceptualização e pesquisa, esta disciplina tem por fim desenvolver conhecimentos que servirão para definir e guiar a prática. (Kérouac, 1996)

Suportados pelo conhecimento sobre enfermagem, pensamos poder afirmar que a Enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento. Sendo primordial para

a sua evolução enquanto profissão, que os enfermeiros tenham pensamento crítico e mobilizem os seus conhecimentos para que as suas capacidades, aptidões e atitudes se traduzam numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, cujo objetivo será indubitavelmente o cuidar da e com a pessoa.

No campo do conhecimento é fulcral referenciarmos a teoria de Bárbara Carper que em 1978, preconizou que a Enfermagem possui um corpo de **conhecimentos** organizado em **quatro padrões**, que permitem distinguir uma estrutura única da disciplina de enfermagem:

- **Conhecimento Empírico** – que representa o conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação, que permite o desenvolvimento de teorias.

- **Conhecimento Ético** – que se assume como o conhecimento moral sobre princípios e valores, enquanto linhas condutoras sobre a decisão no agir profissional, inclui ações deliberadas e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. Obriga a que o profissional esteja consciente de que as distintas culturas, assim como as diferentes posições filosóficas afetam as decisões no que respeita à prestação de cuidados.

- **Conhecimento Estético** – é o conhecimento aliado às habilidades técnicas, necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidar, engloba o conhecimento tácito e a intuição, assim como a imaginação e a criatividade, requer determinadas capacidades e habilidades como a comunicação e a empatia.

- **Conhecimento Pessoal** – representa o autoconhecimento, a autoconsciência e a sabedoria pessoal, relacionado com o seu existencial, a sua integridade e a sua autenticidade, que requer capacidade de reflexão, oportunidade para a relação e capacidade de analisar e sintetizar o conhecimento. (Carper, 1978)

Consideramos que nenhum dos padrões de conhecimento pode caracterizar o cuidado de forma isolada, todos são igualmente importantes, cada um com o seu contributo imprescindível. O cuidar com o seu verdadeiro significado é empírico, sendo viável de teorizar pois mede, prediz e generaliza, é ético, uma vez que

temos de ter presente o respeito pelo direitos humanos na prestação de cuidados, é estético, uma vez que requer habilidades, e é pessoal, porque advém do conhecimento experimental e teórico, relacionado com a autenticidade para a relação com o outro.

Assim ao aprofundarmos o conhecimento, na disciplina de enfermagem, facilitaremos o desenvolvimento da mesma, como ciência para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Estabelecemos a interligação entre a disciplina como campo de conhecimento, e a prática clínica como campo de intervenção. (Fortin, 1999)

Por conseguinte nenhuma profissão obterá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, uma vez que é através da mesma que se constitui o conhecimento numa dada disciplina e que são elaboradas e verificadas as teorias. (Fortin, 1999)

Uma teoria de enfermagem permite organizar o conhecimento, fomentando o pensamento crítico com vista a guiar a prática dos cuidados, é “ (...) *o guia de toda a prática (...)* ” (Pearson e Vaughan 1992, p. 8), que descreve e suporta o processo de Cuidar em enfermagem.

A enfermagem como ciência humana encontra nas teorias, os meta paradigmas: a **Saúde**, a **Pessoa**, o **Ambiente** e os **Cuidados de Enfermagem** inerentes à prática do cuidado. Para nós e baseados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002):

- ✓ A **Saúde** é a representação mental individual do que é para a pessoa este estado, a forma como controla o sofrimento, o bem-estar físico, o conforto emocional e espiritual.
- ✓ A **Pessoa** é um ser único, com dignidade própria em que os seus comportamentos são oriundos dos seus valores, das suas crenças e influenciados pelo ambiente onde está inserida, modificando-o de acordo com o seu projeto de saúde.
- ✓ O **Ambiente** está envolto por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que influenciam os estilos de vida e também o conceito de saúde de cada pessoa.

✓ Os **cuidados de Enfermagem** centram-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa/família/comunidade, em que cada um possui um referencial de valores, crenças e objetivos individuais, decorrentes do ambiente em que vivem e se desenvolvem, que devem ser respeitados na prestação de cuidados, através da relação terapêutica. Esta é um processo dinâmico, caracterizada pela parceria estabelecida com a pessoa, envolvendo as pessoas significativas, tendo por base uma relação de confiança, de compromisso e de valorização, para que a pessoa se torne elemento ativo, com capacidade de escolher e de decidir como atingir o seu projeto de saúde. Então é importante, que nós tomemos consciência dos nossos valores, dos valores dos outros, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa/família. *“Cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares- com vista a ajudá-los na sua situação.”* (Hesbeen, 2000, p. 67)

Consideramos que o estabelecimento de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem permite, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento pessoal e profissional, que servem de base estrutural a uma reflexão e análise da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Ao projetarmos uma dinâmica de qualidade nos cuidados de enfermagem, com o nosso projeto, **Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência**, fortalecemos e prosseguimos na caminhada exigente, rumo à excelência do cuidar, ao *“Procurarmos adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.”* (Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), 2009, art.º 88.º, alínea b)

Desta forma ao longo da nossa prática clínica, do PIS, do PAC e estágio vocacionámos a nossa intervenção, como enfermeira especialista em EMC, de forma a priorizar o agir nas situações em risco de vida, uma vez que trabalhamos num SU. Este apresenta um contexto específico de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em que a exigência, a diferenciação do trabalho prestado e a sobrecarga de trabalho por vezes, colocam em detrimento o cuidar em enfermagem. Mas enfermagem para nós é, **cuidar** da pessoa. Assim, a teoria

de enfermagem de **Jean Watson** é aquela com que mais nos identificamos, e norteia o nosso trabalho.

A autora descreve o seu trabalho não como uma teoria convencional, ou seja, aquela que é quantificável, verificável e conseqüentemente testável, mas no sentido de ajudar a clarificar e a resolver alguns problemas conceptuais em enfermagem. É notória a preocupação da relação transpessoal do cuidar na sua teoria. Essa relação *“Conota uma forma especial da relação de cuidar (...) elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo.”* (Watson, 2002, p. 111)

Na perspectiva do cuidar, como contributo para o crescimento humano, Watson enunciou **onze pressupostos**, para a intervenção em enfermagem, num cuidar humanizado, personalizado e responsável, que descrevemos de seguida: **1-** O cuidar e o amor são forças universais; **2-** O cuidar e o amor são muitas vezes desvalorizados, pelo que trabalhados são os pilares da humanidade; **3-** A enfermagem por ser uma profissão de cuidar na prática dos cuidados, a sua capacidade para sustentar esta ideologia determinará o desenvolvimento da civilização e determinará a sua contribuição na sociedade; **4-** Antes de cuidar dos outros, os enfermeiros devem cuidar de si próprios; **5-** A enfermagem sempre teve como ideal o cuidar na relação com pessoas com problemas de saúde-doença; **6-** Cuidar é a essência e o foco da prática de enfermagem; **7-** Os cuidados humanos individuais e de grupo têm recebido cada vez menos ênfase no sistema de cuidados de saúde; **8-** O papel dos cuidados humanos está ameaçado pela crescente tecnologia e burocracia institucional; **9-** A perseverança e o avanço do cuidar humano é o assunto de interesse atual e futuro; **10-** O cuidado humano é um processo intersubjetivo que só pode ser demonstrado na relação interpessoal; **11-** As contribuições da enfermagem para a sociedade baseiam-se nos seus compromissos do ideal cuidar humano na teoria, na prática e na investigação. (Watson, 2002; Neil, 2004)

Ao envolver o aspeto transcendente da pessoa na explicação dos **conceitos da sua teoria** Watson (2002), baseia as intervenções em ações transpessoais, pessoa a pessoa e intersubjetivas com implicações que transcendem o aqui e agora. Os conceitos de **pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem**

permitem a “ (...) *construção de uma base de trabalho (...) de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 6), e fazem parte desta teoria.

Para Watson **pessoa** é um “ser no mundo”. Tem um conceito filosófico, dinâmico e humano do que é ser pessoa. É um ser vivo em crescimento que possui três esferas do ser: mente, corpo e alma, influenciada pelo conceito Eu. O Eu da pessoa é um processo em contínua evolução. Converte novas experiências em conhecimento. A pessoa não é somente um organismo ou ser físico, também é parte integrante da natureza. A pessoa e o Eu são o mesmo, quando esta é congruente com o verdadeiro Eu. “*Isto ocorre quando há harmonia na mente, no corpo, e na alma da pessoa.*” (Watson, 2002, p. 98)

A autora conceptualiza **ambiente**, como parte do mundo exterior da pessoa, incluindo neste a natureza e a realidade externa de cada um. Ambiente surge como elemento de suporte, protetor e/ou corretivo, mental, físico e espiritual.

Para a autora, **saúde** não é uma questão tão linear como sentir-se bem ou mal, ou ausência de doença. Para existir saúde é necessária harmonia entre a mente, corpo e espírito. Isto só se verifica quando há congruência entre o EU percebido e o Eu vivenciado. Caso contrário a incongruência conduz à ameaça, à ansiedade e pode levar ao desespero existencial, numa situação extrema pode contribuir para a doença.

Watson (2002) define **enfermagem**, como sendo uma ciência humana, de experiências e vivências no campo da saúde-doença, que são mensuradas em transações humanas do cuidar profissional, individual, científico, estético e ético. Enfermagem é um conceito dinâmico e em transformação, assume uma dimensão transpessoal nos cuidados intersubjetivos, pessoa a pessoa.

Os **cuidados de enfermagem** de acordo com Watson (2002), têm como finalidade ajudar a pessoa a alcançar um grau mais elevado de harmonia entre mente, corpo e alma que leva ao auto conhecimento, auto respeito e auto cuidado, levando a pessoa a crescer com vista a uma realização pessoal. O processo de cuidar exige vontade e comprometimento pessoal, social, moral e espiritual por parte dos enfermeiros.

Para compreender o processo de cuidar de Watson fazemos referência aos **dez fatores de cuidar**, por acreditarmos que norteiam a nossa forma de prestar cuidados de enfermagem, referimos:

**1-Sistema de valores humanísticos-altruístas:** Tem a sua origem nas experiências da infância, tendo por base crenças, cultura e valores que emergem do compromisso e satisfação do dar e receber;

**2-Fé-Esperança:** É um fator importante na medida em que é promotor do cuidar. Dá ênfase ao desenvolvimento de relações interpessoais enfermeiro-pessoa/doente, na promoção do bem-estar, ajudando a pessoa a centrar-se em comportamentos com vista à obtenção de saúde;

**3-Sensibilidade para consigo e com os outros:** Os enfermeiros com maior sensibilidade, que analisam e compreendem os seus sentimentos tendem a apreender mais facilmente a visão dos outros, aumentando a sua preocupação pelo bem-estar e recuperação dos outros, promovendo a autorrealização e autoaceitação tanto do profissional como do doente;

**4-Relação de cuidar, ajuda-confiança:** A autora afirma que esta relação se caracteriza pela promoção e aceitação de sentimentos negativos e positivos. Envolve coerência, empatia e uma comunicação eficaz;

**5-Expressão de sentimentos positivos e negativos:** Watson refere que os sentimentos têm uma importância extrema no comportamento humano. Uma incongruência de sentimentos pode conduzir a ansiedade, *stress*, confusão e medo. Os enfermeiros têm de reconhecer que a compreensão emotiva difere de situação para situação;

**6-Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão:** Para a autora o processo de enfermagem requer uma abordagem científica, cujo propósito é a resolução de problemas no cuidar em enfermagem;

**7-Promoção do ensino-aprendizagem interpessoais:** Faz a distinção entre cuidar e curar. É um processo interpessoal. Permite à pessoa manter-se informada, responsabilizando-a pela sua saúde e bem-estar;

**8-Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio:** Há que reconhecer a influência que o ambiente interno e externo têm sobre a saúde e doença das pessoas. O ambiente interno comporta o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais da pessoa. O ambiente externo engloba o conforto, a privacidade e a segurança;

**9-Auxílio na satisfação das necessidades humanas:** A melhor abordagem à luz das necessidades humanas de acordo com Watson é a dinâmica e holística, tendo em conta as necessidades de ordem inferior biofísicas (comida, eliminação e ventilação), de ordem inferior psicofísicas (atividade/inatividade e sexualidade), de ordem superior psicossociais (realização e afiliação) e de ordem superior inter e intrapessoais (realização). As pessoas devem satisfazer as necessidades de ordem inferior antes de alcançar as de ordem superior;

**10-Forças existências-fenomenológico-espirituais:** Permite através da experiência e pensamento fazer uma melhor compreensão de si próprio e dos outros. É concretizado com o *empowerment* dos doentes para fazerem mudanças na promoção da saúde, capacidade para lidar com a vida e de adaptação à perda. O enfermeiro deve adotar uma atitude de compreensão holística da pessoa e manter a dignidade da mesma, no processo de cuidar na saúde e na doença, “(...) *quer seja administrando um tratamento intravenoso de emergência a um doente em estado crítico, ou a mudar a roupa de um doente inconsciente.*” (Watson, 2002, p. 131)

As pessoas/doentes não podem ser tratadas como objetos, devem ser vistas como um todo (corpo, mente e alma) de forma interessada e carinhosa, na procura de soluções com sentido para elas, na **relação transpessoal do cuidar** que se quer envolto de dignidade e humanismo nas experiências de saúde/doença. Esta relação estabelece-se momento a momento entre enfermeiro e a pessoa, a aproximação de ambos ocorre com transações intersubjetivas do cuidar. (Watson, 2002)

Em nosso entendimento a partir da **síntese reflexiva sobre a teoria** elaborada, pensamos poder afirmar que Watson dá uma contribuição fulcral à enfermagem, porque valora a intervenção centrada no cuidar e não no curar/tratar. Exige uma



reflexão diferente sobre a natureza da enfermagem e o papel do enfermeiro enquanto prestador de cuidados no processo de cuidar, dando enfoque na relação transpessoal, apelando à reciprocidade que está presente em cada relação. O que nos permite considerar que mobilizámos a unidade de competência comum: *B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo*. As unidades de competências específicas: *K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica*.

Quantas vezes sentiram que houve alguém, que marcou a nossa vida com a sua experiência e vivência e com certeza o oposto também ocorreu. Compreendemos claramente que na relação enfermeiro/pessoa/doente, no processo de cuidar, existe uma partilha de dar e receber entre ambos, assim referimos que consolidámos a unidade de competência comum: *D1.1- detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro*. Logo nos identificamos com a relação transpessoal do cuidar, onde o respeito por cada um é fundamental, para o enriquecimento pessoal da pessoa/doente e do enfermeiro, permitindo a este último, um melhor conhecimento das necessidades do outro, baseado nos 10 fatores do cuidar, na prática da enfermagem de hoje e do futuro. O que nos permite afirmar que mobilizámos a competência de mestre *a) possuir conhecimento e capacidade de compreensão mais aprofundadas que no 1.º ciclo; b) saber aplicar os seus conhecimentos a situações novas*.

## 2 - REVISÃO DA LITERATURA

Apresentaremos em seguida a literatura consultada e selecionada, que nos permitiu alicerçar um referencial teórico, ajudando-nos a interpretar os resultados obtidos ao longo do projeto, de modo a justificarmos as nossas intervenções na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.



Assim, pesquisámos literatura atual, pertinente e relevante ao tema em estudo, **Intoxicação Aguda por Organofosforados (OF)**. Realizámos pesquisas nas bases de dados Ebsco e B-on (desde a 2ª semana de Setembro de 2011 à 4ª semana de Junho de 2012), seguindo a definição de pesquisa com as seguintes palavras-chave: Intoxicações por Organofosforados; Manifestações Clínicas e Abordagem Terapêutica. Colocámos como critério de inclusão: Intoxicações em Adultos, como critérios de exclusão: Intoxicações em Crianças e estudos em não humanos. Da pesquisa realizada encontrámos 144 artigos, procedemos à leitura de todos os resumos que estavam disponíveis. A partir dessa leitura, seleccionámos 10 artigos para leitura completa, os quais davam resposta ao nosso tema em estudo.


Procuraremos ilustrar ao longo desta revisão, uma maior clarificação sobre as intoxicações por OF.

Estes são produtos inseticidas, utilizados na agricultura para prevenir, destruir e repelir pragas, para manter e aumentar as culturas, são absorvidos pelo organismo, pela via respiratória, oral e cutânea com efeitos nocivos no ser humano. Por via oral ocorre nas intoxicações agudas acidentais e nas tentativas de suicídio. (Sheehy, 2001; Bjorling- Poulsen [et.al.], 2008; Caldas, 2010)

Os OF são produtos lipossolúveis, inibidores das colinesterases, estas são enzimas que atuam provocando a acumulação de acetilcolina nas terminações nervosas, levando a um deficiente funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), (Rodriguez, Morales e Tavera, 2010). A acetilcolina é o medidor químico, necessário para a transmissão do impulso nervoso para as fibras pré-ganglionares do SNC, fibras parassimpáticas pós-ganglionares e fibras simpáticas

pós-ganglionares. É ainda transmissor do nervo motor do músculo estriado e sinapses do SNC. (Lorke [et.al.], 2008; Caldas, 2010; Vijayakumar [et.al.], 2011)

Os OF são classificados em **N**- perigoso para o ambiente ; **T**- tóxico  ;

**Xn**- nocivos e **Xi**- irritantes ou sensibilizantes , de acordo com a Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural (DGADR, 2011), no Guia dos produtos fitofarmacêuticos-Lista dos produtos com venda autorizada (Anexo I). O mesmo guia também descreve o enquadramento legal, de salientar o Decreto-Lei nº 101/2009, de 11 de Maio, que regula o uso não profissional de produtos fitofarmacêuticos em ambiente doméstico, estabelecendo condições para a sua autorização, venda e aplicação, e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei nº 173/2005, de 21 de Outubro.

As intoxicações por OF provocam **Manifestações Clínicas**, em que a sintomatologia na pessoa intoxicada, pode manifestar-se cinco minutos a 12 horas após a exposição e sempre antes das 24 horas, dependendo da via de absorção, do tipo e quantidade de produto ingerido. A clínica observada deve-se a um aumento da acetilcolina nas sinapses (crise colinérgica), provocando os efeitos muscarínicos, nicotínicos e no SNC. (Liu [et.al.], 2008; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Vijayakumar [et.al.], 2011)

As **Manifestações Muscarínicas** descritas na literatura, como mais frequentes na pessoa intoxicada são: aperto torácico; pieira; dispneia; tosse; edema agudo do pulmão; cianose; miose; hipersecreção das glândulas salivares, lacrimais, sudoríparas e brônquicas; náuseas e vômitos; dores abdominais e diarreia, bradicardia e hipotensão; incontinência dos esfíncteres. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Arendse e Irusen, 2009; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic e Kosanovic, 2010; Vijayakumar [et.al.], 2011)

Relatadas na literatura como **Manifestações nicotínicas** encontrámos: mialgias; fadiga; contrações musculares involuntárias, tremores da língua e palpebrais; palidez; paralisia flácida; taquicardia; hipertensão; hiperglicemia (contraindicado administração de insulina). (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Arendse e Irusen, 2009; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic e Kosanovic, 2010; Vijayakumar [et.al.], 2011)

As **Manifestações do SNC** descritas na literatura são: labilidade emocional; ansiedade; cefaleias; confusão; convulsões; bradicardia e depressão do centro respiratório (respiração de Cheyne-Stokes). (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Arendse e Irusen, 2009; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic e Kosanovic, 2010; Vijayakumar [et.al.], 2011)

Este tipo de intoxicações requer uma **Abordagem Terapêutica**, altamente diferenciada. Uma vez que estas intoxicações por OF, são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata (Estran, 2003; Arendse e Irusen, 2009). O que nos permite considerar que mobilizámos as unidades de competência comum: *B1.2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade; D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*. E a unidade de competência específica: *K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*.

As **medidas terapêuticas** consistem em **diminuir a absorção do produto, aumentar a sua eliminação, administrar antídotos específicos**, assim como **priorizar a segurança da equipa multidisciplinar** que presta cuidados (evitar a exposição ao tóxico), com o uso obrigatório de equipamento de proteção individual: máscara, óculos, luvas, bata e touca (Bongard; Sue e Vintch, 2008; INEM, 2011). O que nos permite afirmar que mobilizámos a unidade de competência comum: *B3.2- Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais*. As unidades de competência específica: *K.1. 2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; K.2.3- Gere cuidados em situações de Emergência e ou catástrofe e K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica*.

Devemos avaliar e iniciar procedimentos à pessoa seguindo a sequência ABCDE (Via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição). Simultaneamente tentativa de colheita de história: O quê? Como? Quanto? Quando? e Porquê? (European Resuscitation Council, 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011). Consultar o Centro de Informação Antivenenos (CIAV),

atempadamente. A pessoa intoxicada por OF exige cuidados de enfermagem diferenciados e sistematizados, sendo de extrema importância que o enfermeiro estabeleça prioridades de acordo com a sintomatologia apresentada. Para que possa cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por OF em tempo útil e de forma planejada, o que justifica a importância da existência do Protocolo de atuação perante pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência.

A abordagem terapêutica às pessoas com intoxicações agudas por OF pode ser dividida em medidas gerais e específicas, de acordo com a literatura consultada.

### **Medidas Gerais**

**1- Prevenção Ulterior do Tóxico** - Através da descontaminação, com remoção de roupas e lavagem corporal com água morna e sabão. Ter especial atenção às pregas cutâneas, unhas, orelhas e cabelo. A lavagem dos olhos deve ser efetuada com irrigação abundante com água a partir do bordo nasal. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Liu [et.al.], 2008; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic [et.al.], 2010; Rodriguez [et.al.], 2010; INEM, 2011)

**2- Remoção do Tóxico Absorvido** - Não induzir o vômito, proceder à lavagem gástrica para remover o tóxico existente no estômago ou completar o esvaziamento gástrico. Deverá ser efetuada nas primeiras 2 horas após a ingestão, podendo ir até um período de 12 horas. No caso de a pessoa estar inconsciente ou em falência respiratória, é prioritária a entubação endotraqueal, de modo a diminuir o risco de aspiração brônquica. A entubação nasogástrica (ENG) deve ser com sonda de grande calibre (ch 18). Explicar à pessoa a necessidade e o porquê dos procedimentos efetuados, de modo a diminuir a sua ansiedade e obter a sua colaboração. O que nos permite considerar que mobilizámos a unidade de competência comum: *A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou dignidade do cliente.* A unidade de competência específica: *K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.* A pessoa deve ser colocada preferencialmente em decúbito lateral, prevenindo

desde modo a aspiração de vômito, facilitando o esvaziamento gástrico rápido. Após a ENG aspirar o conteúdo residual, para remover o maior volume possível de conteúdo gástrico. A lavagem gástrica é feita com soro fisiológico (SF) à temperatura corporal, evitando assim a hipotermia. É necessária a utilização de grandes quantidades de líquido, instilando de cada vez 200 a 500 mililitros (ml) (quantidades superiores podem acelerar a sua passagem para o duodeno), até que o líquido de retorno seja limpo não excedendo os 10 litros (l), de modo a prevenir o risco de espoliação de eletrólitos. Anotar sempre os líquidos entrados e saídos, para avaliar se houve retenção.

A administração de absorvente (carvão ativado) reduz a absorção do tóxico a nível gastrointestinal, evitando a sua passagem para a corrente sanguínea. Deve ser feita na dose de 50 gramas (gr) em 200 ml de água. Este procedimento deverá ser feito de 4 em 4 horas e o conteúdo gástrico esvaziado antes de cada administração, deixando a sonda nasogástrica (SNG) lavada e clampada. A sua suspensão é efetuada, quando a pessoa apresentar dejeções diarreicas ou suspender a atropina.

A administração de purgante salino (sulfato de sódio ou sulfato de magnésio), permite uma rápida eliminação do tóxico. A dose administrada é de 30 gr e conjuntamente com o carvão ativado, devendo ser suspensa quando houver diarreia com o carvão, caso contrário manter enquanto fizer atropina.

Devemos efetuar enema de limpeza até sair água limpa, com o objetivo de aumentar a eliminação do tóxico, acelerar o trânsito intestinal e esvaziar o cólon de fezes. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Liu [et.al.], 2008; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Goddard e Dear, 2010; Jekanovic [et.al.], 2010; Rodriguez [et.al.], 2010; INEM, 2011)

**3- Tratamento Sintomático de Suporte-** Consiste na manutenção das funções vitais. É prioritário assegurar uma oxigenação adequada, mantendo permeáveis as vias aéreas, despistando precocemente as complicações respiratórias e sinais de hipoxia. A insuficiência respiratória aguda, broncospasmos e broncorreia estão presentes nas situações mais graves, sendo necessário suporte ventilatório.

O enfermeiro deve atuar em conformidade com o quadro apresentado pela pessoa intoxicada. A antecipação de possíveis problemas e complicações pode significar a diferença entre a vida e a morte. Pelo que consideramos mobilizada a unidade de competência comum: *C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*. E a unidade de competência específica: *K.1.1.- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*. Devemos assegurar a permeabilidade das vias aéreas com a promoção de uma boa ventilação e oxigenação; colaborar na entubação endotraqueal e conexão ao ventilador; controlar e registar parâmetros ventilatórios; aspirar secreções. Ao entubar a pessoa, pretende-se uma via aérea permeável, sendo que o tubo endotraqueal é o meio por excelência para a aspiração de secreções da árvore brônquica. Com a conexão ao ventilador, assegura-se uma ventilação e oxigenação adequada e uma maior vigilância da função respiratória, sendo detetadas precocemente quaisquer alterações.

A monitorização da função cardíaca permite, despistar precocemente alterações cardiovasculares, a avaliação e registo da frequência e ritmo, a avaliação da situação hemodinâmica para detetar hipotensão, hipertensão, bradicardia ou taquicardia e eventualmente outras alterações.

Monitorizar equilíbrio hidro-eletrolítico com colaboração na colocação do cateter venoso central se necessário; canalização de acessos venosos periféricos de bom calibre; algaliação; registar balanço hídrico; avaliação de iões ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ) através da gasimetria. Os tóxicos OF provocam polaquiúria, tornando as pessoas mais susceptíveis de perder iões pela urina. Por outro lado, alterações dos iões podem ser causadas pela diarreia e pelas sucessivas lavagens gástricas. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Liu [et.al.], 2008; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic [et.al.], 2010; Rodriguez [et. al.], 2010; INEM, 2011)

Suportados pelo conhecimento em enfermagem valoramos que o momento de crise, não é o ideal para atitudes críticas, é sim o momento de dar apoio, tranquilizar a pessoa e os seus familiares, explorando ao máximo as circunstâncias em que ocorreu o acidente, com o objetivo de colher toda a informação pertinente. Em virtude do descrito acima, mobilizámos as unidades de

competência comum: *A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.* E as unidades de competência específicas: *k.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.*

No que respeita à abordagem terapêutica destas intoxicações em termos de **Medidas Específicas**, estas comportam:

**1- Administração de Antídotos-** A atropina e as oximas, são antídotos a utilizar por excelência neste tipo de intoxicações. A atropina é uma droga anticolinérgica por excelência. Neutraliza os efeitos muscarínicos e não afeta os sinais nicotínicos, bloqueia os efeitos da acetilcolina nos recetores muscarínicos pós-sinápticos. Ter em atenção a oxigenação adequada da pessoa antes de se iniciar a atropinização, devido ao risco de fibrilhação ventricular.

A indução da atropina deve ser de 1 a 5 miligramas (mg) em bolus por via endovenosa até surgirem sinais de atropinização (taquicardia, midríase, secura da boca, ruborização da pele e diminuição de secreções). A manutenção da atropina é feita com perfusão contínua - 1mg/h/kg (miligrama/hora/quilograma). A dose é ajustada miligrama/hora (mg/h) de forma a balançar os sinais muscarínicos (em especial a hipersecreção brônquica) e a toxicidade atropínica (agitação e aumento das necessidades de sedação). Pelo que é necessário, uma vigilância apertada da dose necessária, são precisos ajustes frequentes sobretudo na fase precoce da intoxicação. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Liu [et.al.], 2008; Arendse 2009; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic [et.al.], 2010; Rodriguez [et.al.], 2010; INEM, 2011)

As oximas (pralidoxima e obidoxima, esta última é a utilizada na Instituição Hospitalar) são regeneradoras das colinesterases, reativando a acetilcolinesterase por reverterem a fosforilação do local ativo da enzima,



possuindo a particularidade de proteger a enzima da sua inibição subsequente. A obidoxima não deve ser administrada antes da atropina. Não deve ser utilizada em caso de intoxicação por carbamatos (não inibidores das colinesterases).

Inicia-se por administrar 250 mg diluídos até 10 ml de soro fisiológico (SF), por via endovenosa lenta, de modo a prevenir o risco de espasmo da laringe, edema da glote, taquicardia e rigidez muscular.

Procede-se a perfusão contínua de 15 miligrama/quilograma/dia (mg/kg/dia), no adulto de 70 quilos equivale a 1 gr por dia, enquanto necessitar de atropina. (Bongard; Sue e Vintch, 2008; Liu [et.al.], 2008; Lorke [et.al.], 2008; Caldas, 2010; Goddard e Dear, 2010; Jokanovic [et.al.], 2010; Rodriguez [et.al.], 2010; INEM, 2011)

## **2- Monitorização laboratorial e suspensão da atropina**

O clínico deve monitorizar a função renal e a coagulação - devido a insuficiência renal aguda e aumento da agregação plaquetária; Bacteriologia - devido a infeção frequente em particular pneumonia; Monitorizações de colinesterases (CHE) - no 1º dia colhem-se duas amostras de sangue e depois colheita diária.

Monitorização de atropina - acertar dose mínima (mg/h), a suspensão da atropina é clínica, sendo esta ditada essencialmente pelo balanço das secreções brônquicas/toxicidade atropínica. Quando se verifica uma subida das CHE em relação aos valores de admissão e o seu valor absoluto se situa entre 10 a 30% do valor mínimo do intervalo de referência, pode iniciar-se o desmame da atropina e eventualmente suspender a perfusão. (Caldas, 2010)

## **3- Outras Medicações**

Na crise convulsiva secundária aos organofosforados pode administrar-se diazepam e midazolam para a sedação. (Caldas, 2010; INEM, 2011)

## **4- Estabelecer uma relação empática com a pessoa e família**

Na literatura consultada não há referência a este ponto, contudo, considerámos pertinente realçar a importância da sua existência, porque a gestão de cuidados de enfermagem, nunca deve ser, reduzida apenas ao tóxico e aos seus efeitos.

Todas as pessoas requerem uma abordagem holística, carinhosa, empática e de ajuda. Devemos demonstrar disponibilidade na comunicação com a pessoa e família, fazendo a ponte entre os mesmos de forma a estabelecer uma relação terapêutica; responder de forma explícita e simples às questões colocadas, desmitificando conceitos pré-concebidos, apoiá-los nesta situação de crise e promover o encaminhamento técnico especializado no campo da psiquiatria. Ao agirmos suportados por estes pressupostos de atuação, mobilizámos a unidade de competência comum: *C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.* As competências específicas: *K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.* E as competências de mestre: *b) Saber aplicar o conhecimento a situações novas; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão.*

Ao finalizarmos a revisão da literatura, que nos permitiu o aprofundamento do conhecimento neste tipo de intoxicações e coaduná-lo com as competências referidas parece-nos ser possível fazer a interligação entre o conhecimento e a práxis clínica, de forma a dar resposta ao nosso projeto de intervenção em serviço, assegurando os princípios éticos na sua elaboração.

### **3 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DO TRABALHO**

Concordamos que a investigação fomenta uma atitude reflexiva com capacidade de análise crítica para a enfermagem se desenvolver da melhor forma, com competência, respeito e responsabilidade baseada no reconhecimento da dignidade humana. De extrema importância é o facto da investigação em enfermagem constituir um equilíbrio entre os princípios éticos rigorosos e uma preocupação maior pelo bem-estar da pessoa/doente, na excelência do cuidar. (Fortin, 1999; Watson, 2002)

Sendo o objetivo fulcral da investigação em enfermagem desenvolver conhecimento para guiar a prática e assegurar a credibilidade e o desenvolvimento da profissão (Fortin, 1999; Ordem dos Enfermeiros 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2011a), o presente trabalho visa melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência da nossa instituição hospitalar, através da elaboração de um protocolo que oriente a prática de enfermagem.

Anuímos que o resultado deste trabalho contribuirá para a promoção da prestação de cuidados de qualidade, baseado em necessidades concretas de acordo com o preconizado no artigo 88º alínea b) do CDE (2009), que se refere ao dever do enfermeiro em procurar adequar as normas de qualidade às necessidades concretas da pessoa.

Ao realizarmos um trabalho de intervenção em serviço está implícita a responsabilidade pessoal e profissional em assegurar o respeito e a liberdade das pessoas que participam no estudo, assim como a fiabilidade da informação contida nos documentos originais que o suportam. A fidelidade das fontes originais foi assegurada com a adequada referenciação e o rigor no tratamento, apresentação dos dados e divulgação dos resultados, quer para promoção do conhecimento quer como forma de dar a conhecer aos participantes o feedback da sua participação. (Fortin, 1999)

No presente trabalho foram assegurados os princípios éticos e deontológicos da profissão, como a **autonomia**, a **intimidade**, o **anonimato** e a **confidencialidade**.

O **direito à autonomia** baseia-se no princípio ético do respeito pela pessoa, no qual ela é capaz de decidir por ela própria. Enquanto pessoa autónoma, ela é convidada a participar no trabalho e tem o direito de decidir livremente se quer ou não participar (Fortin, 1999). Os enfermeiros foram convidados a participar no trabalho, sendo-lhe explicados os objetivos, qual a colaboração que se pretendia e que a sua participação não lhes causaria qualquer prejuízo ou penalidade.

O **direito à intimidade** diz respeito à liberdade da pessoa decidir sobre o tipo de informações que pretende partilhar e que esta será respeitada (Fortin, 1999). Ao respeitarmos este direito explicitámos aos participantes que só eles decidiriam a informação que desejavam fornecer e foi-lhe explicada o tipo de informação pretendida.

O **direito ao anonimato e à confidencialidade** baseia-se no respeito pela identidade da pessoa não ser associada às respostas individuais (Fortin, 1999). Assim foi identificado o questionário com atribuição de um número, sem correspondência ao enfermeiro. Na apresentação dos resultados finais e divulgação pública, este direito será respeitado, uma vez que as respostas não serão associadas individualmente a cada pessoa.

O projeto de Intervenção em serviço foi aprovado pela professora orientadora, pela Enfermeira orientadora in loco, pela Enfermeira Responsável pelo SU, pelo Coordenador do SU e pelo Conselho de Administração do local onde se realizou o trabalho.

## 4 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

Procuraremos ilustrar ao longo deste capítulo, o caminho percorrido, desde o diagnóstico da situação à avaliação final do projeto.

O projeto é um plano de trabalho que se organiza indubitavelmente para a resolução de uma situação problemática. O PIS decorreu de acordo com a metodologia de projeto, que tem como objetivo a resolução de problemas, que no seu processo permite a aquisição de competências para elaborar e concretizar projetos numa situação atual. Esta metodologia é suportada pelo conhecimento teórico, posteriormente, aplicado na prática, pelo que se assemelha com a investigação-ação. É um processo prolongado e faseado que decorre num período de tempo e percorre várias fases desde a formulação do objetivo até à apresentação de resultados e avaliação. (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

O tema do nosso PIS - **Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência**, demonstra ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, porque na busca constante da excelência na práxis clínica, o enfermeiro “ (...) *contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 15), pelo que agimos de acordo com o código deontológico do enfermeiro (CDE), artigo 88.º, alínea b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoa e c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. O nosso agir possibilitou a resposta às competências comuns: *B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.* Às unidades de competência específicas: *K.1.1.- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; K.1.2.- Gere a administração de*

*protocolos terapêuticos complexos. E às competências de mestre: a) Possuir conhecimentos e capacidades mais aprofundadas que no 1.º ciclo; c) Capacidade para integrar conhecimentos e lidar com situações complexas; e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo.*

O desenvolvimento do PIS decorreu no SU de um Hospital Alentejano, local onde decorrem todos os estágios e onde o mesmo está implementado. A descrição do serviço dá a conhecer onde a ação decorreu, pelo que remetemos para o apêndice 1.

#### 4.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

É a primeira etapa da metodologia de projeto, que visa a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio sobre a qual incidiu a ação (Apêndice 2). O projeto desenvolvido e como forma diagnóstica foram aferidos com a Enfermeira Responsável pelo serviço, com o Coordenador do serviço e com a equipa de enfermagem, tornando-o uma mais-valia para o serviço ao incrementar qualidade nos cuidados a prestar às pessoas intoxicadas por OF na sala de emergência. Pois concordamos que um ambiente de integração e participação dos seus profissionais permite uma oferta de serviços de qualidade. Assim, ao pretendermos que este projeto tenha sucesso, apostámos no envolvimento de todos, desde o seu início. Uma vez que pessoas motivadas adicionam valor aos processos e garantem resultados para a instituição. (Mezomo, 2001)

A identificação deste problema deve-se entre outros fatores ao aumento de admissões, nos serviços de urgência de pessoas com intoxicação aguda por OF, seja por absorção, inalação, ingestão accidental ou por tentativa de suicídio. De acordo com dados do Centro de Informação Antivenenos (CIAV, 2010), em Portugal no ano de 2009 houve 140 casos de intoxicações com OF, em 2010 aumentou para 280 casos e em 2011, 339 casos relatados (CIAV, 2011).

A mortalidade por suicídio antes dos 65 anos registou, nos últimos anos, uma tendência crescente. (Alto Comissariado da Saúde, 2010)

Sabendo que a qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e uma exigência (Ordem dos Enfermeiros, 2002), constitui como ponto fulcral a formação da equipa acerca dos cuidados de enfermagem para melhorar a prestação de cuidados à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência, sendo esta a base para a elaboração deste projeto.

Pelo que foi descrito, por ser uma área de grande interesse pessoal, uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem e encontrar-se também integrada no plano de ação do serviço propomo-nos passar da intenção à prática com a realização deste projeto de intervenção em serviço, elaborando um **“Protocolo para Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência.”**

#### 4.2- DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA

Em nosso entendimento através da análise da literatura, contextualizámos a nossa perceção inicial, na realidade da nossa práxis clínica os cuidados de enfermagem à pessoa intoxicada por OF, nem sempre estão em conformidade com a boa prática fundamentada pela evidência do conhecimento atual. *“A formulação de um problema consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.”* (Fortin, 1999, p. 39)

Definimos por isso o **problema**: Inexistência de um protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência.

#### 4.2.1 - Análise do Problema

Passaremos à análise integral do problema, coadjuvada com a utilização de ferramentas diagnósticas (questionários e análise SWOT), como forma de avaliar objetivamente o contexto e facilitar o planeamento do projeto.

Em atividade desde Junho de 2004, o Hospital, constitui-se como uma grande referência na área da saúde do Alentejo. A população abrangida é estimada em 100 000 habitantes (Administração Regional da Saúde do Alentejo, 2010). O Alentejo nos últimos 10 anos tem apresentado maior mortalidade por suicídio, em destaque nas zonas rurais por ingestão de inseticida (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Na nossa urgência deram entrada em 2010, 124 pessoas com intoxicação aguda de qualquer etiologia, de forma voluntária ou accidental, não é possível diferenciar as mesmas por existir uma lacuna a nível do sistema informático que não permite saber essas especificidades. (HLA, EPE., 2011)

Os OF são substâncias com atividade anticolinesterásica, utilizados como inseticidas na agricultura. Pode ocorrer exposição accidental, durante a sua utilização (absorção pela pele ou por inalação), bem como a ingestão com efeitos suicidas. Originam intoxicações agudas e crónicas, situações comuns na maioria dos serviços de urgência (Sequeira [et. al.], 1994; Sheehy, 2001; Bjorling- Poulsen [et.al.], 2008; Caldas, 2010). As intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, pelo que é fulcral “ (...) *a renovação teórico-prática no atendimento das intoxicações exógenas e o treinamento da equipe de enfermagem, para qualificar a assistência ao intoxicado.*” (Estran, 2003, p. 281)

Consolidámos com o atrás descrito, as unidades de competências comuns: *A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B1.1- Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e competência D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em*

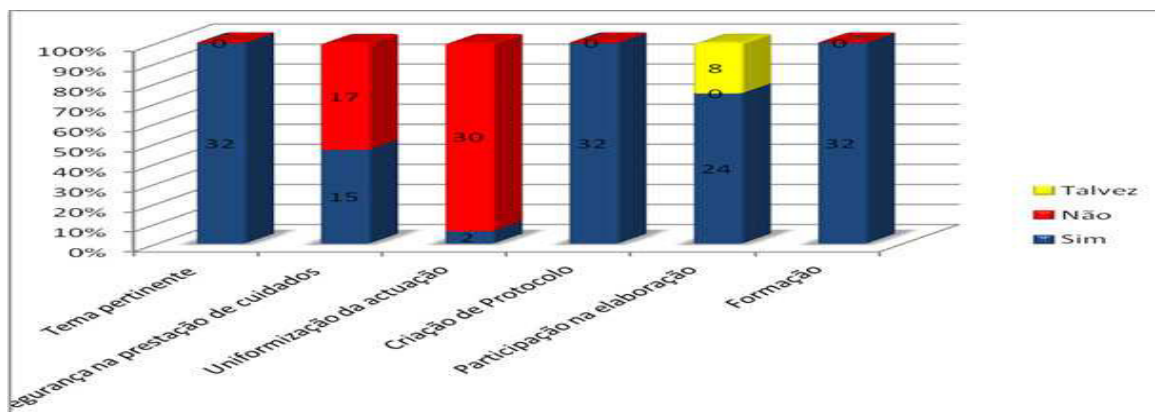


*sólidos e válidos padrões de conhecimento. A unidade de competência específica: K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. E as competências de mestre: a) Possuir conhecimentos e capacidades mais aprofundadas que no 1.º ciclo, c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão, e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo.*

De forma a conhecermos melhor a opinião da equipa de enfermagem do serviço, sobre a temática em questão, aplicámos um questionário onde os princípios éticos e deontológicos da profissão foram assegurados. *“A enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar (...) no presente e no futuro.”* (Watson, 2002, p. 61)

Partindo das assunções e após o pedido de autorização ao Concelho de Administração da Instituição (Apêndice 3), aplicámos o questionário a 32 dos 34 enfermeiros da equipa, que aceitaram voluntariamente participar (não foi aplicado ao enfermeiro responsável pelo projeto, nem a quem estava de férias, no total não se aplicaram 2 questionários), no período de 05 de Outubro a 14 de Outubro de 2011 (Apêndice 4). Optámos por um questionário, por ser um método de colheita de dados, que *“Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”* (Fortin, 1999, p. 249)

Este foi estruturado em 6 questões fechadas, para maior objetividade nas respostas e 1 questão aberta, para que os enfermeiros pudessem colocar sugestões. Todos os dados colhidos no questionário foram tratados e divulgados de forma anónima e confidencial. Para ilustrarmos o anteriormente referido apresentamos o gráfico nº 1.



**Gráfico 1 - Análise estatística dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço para conhecer a opinião sobre o tema em estudo**

Da análise do gráfico nº 1, destacamos que á questão 1: Acha este tema pertinente de estudo, 32 (100%) dos enfermeiros responderam sim. À questão 2: Sente segurança na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com intoxicação por organofosforados, 17 (53%) responderam não. À questão 3: Julga que no serviço existe uniformização da atuação de enfermagem perante a pessoa intoxicada por organofosforados, 30 (94%) responderam não. À questão 4: Seria útil a criação de um protocolo de atuação para o serviço, 32 (100%) responderam sim. À questão 6: Acha pertinente formação em serviço na área de intoxicações por organofosforados, todos os enfermeiros 32 (100%), responderam sim. Concluimos então que esta problemática vai ao encontro das necessidades e expetativas dos enfermeiros do serviço de urgência, pelo que pretendemos criar um envolvimento tanto da administração e direção do serviço como de todos os colaboradores, para que exista compromisso em priorizar a qualidade dos cuidados, desenvolvimento num clima de participação na elaboração e continuidade do projeto.

Caminhando rumo à **visão** do hospital, definida como sendo uma instituição sustentável que transmite credibilidade e fiabilidade na prestação de cuidados, promotora de saúde, e fator essencial ao desenvolvimento integrado do Hospital Alentejano. E à sua **missão**, prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à sua população, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais. (HLA, EPE., 2011)

Concordamos que não é possível fazer sobreviver uma organização, se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes e profissionais. Logo uma cultura organizacional de qualidade permite um ambiente de integração e participação dos seus profissionais, para uma oferta de serviços de qualidade (Mezomo, 2001).

Optamos também por aplicar uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT (Apêndice 5) para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar objetivamente o cenário e facilitar o posterior planeamento estratégico. Esta análise efetua-se através de um quadro (ambiente interno e externo), subdividido em quadrantes “*Ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças).*” (Carvalho; Costa e Dominginhos, 2009, p. 53), de salientar aqui a pertinência dos aportes lecionados, no que respeita à Gestão de Processos e Recursos, à Criação de Empresas e às Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade.

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência, tal é conseguido com a elaboração, com a formação em serviço e com a implementação do protocolo de atuação (forças). No que concerne às fraquezas do projeto, considerámos que estavam relacionadas com a fraca adesão dos enfermeiros. No entanto foi acautelada com a aplicação prévia de questionários aos mesmos, de forma a envolvê-los no projeto, verificou-se que 32 (100%) dos enfermeiros considera útil a criação do protocolo de atuação. Como oportunidades identificámos que o projeto vai ao encontro das necessidades e expectativas dos enfermeiros, está de acordo com o plano de ação do serviço, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa

de enfermagem e uma gestão adequada, que permite alcançar os objetivos da equipa e do serviço. Como ameaças considerámos a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Concelho de Administração (CA), no entanto já devidamente acautelada com o pedido de autorização para a realização do projeto, onde salvaguarda a elaboração do protocolo e foi concedida autorização a 20 de Setembro de 2011. Por tudo o que referimos acima, pretendemos que a equipa tenha um maior envolvimento com o trabalho desempenhado e que se estabeleçam relações de confiança entre todos, para manter a motivação nas suas funções, promover a melhoria da satisfação e a confiança da pessoa/doente/comunidade. (Ferreira; Neves e Caetano, 2001)

#### **4.2.2 - Identificação dos Problemas Parcelares**

Após a análise integral do problema, suportada nas ferramentas de diagnóstico referidas, identificámos os problemas parcelares que resultaram da decomposição do problema geral em várias partes, que se complementaram e permitiram a articulação entre si:

- 1-** Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre intoxicações por OF;
- 2-** Promoção da adesão dos profissionais ao projeto;
- 3-** Ausência de indicadores de pessoas com intoxicações por OF que recorrem ao serviço;
- 4-** Indisponibilidade de antídoto (Obidoxima) no serviço;
- 5-** Inexistência de protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência;
- 6-** Défice de formação dos profissionais na atuação perante a pessoa intoxicada por OF.

### 4.3 - DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Em nosso entendimento a necessidade de definir prioridades surge pela impossibilidade de satisfazer todas as necessidades simultaneamente. É imperativo definir quais as necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida. Estas decorrem da dimensão do problema, da vulnerabilidade das pessoas e da importância para a prática dos cuidados de enfermagem. Estes cuidados de enfermagem têm como objetivos, *“Conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 8656)

Pelo afirmado definimos prioridades de forma a identificarmos a ordenação prevista para o planeamento do projeto, assim como prioridades considerámos:

- 1- Aquisição de conhecimentos;
- 2- Envolvimento da equipa no projeto;
- 3- Registo de todas as intoxicações por OF, em livro colocado na sala de emergência;
- 4- Aquisição de antídoto para o serviço;
- 5- Elaboração de protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF;
- 6- Realização de formação em serviço sobre atuação perante a pessoa intoxicada por OF;
- 7- Implementação do protocolo.

### 4.4 - OBJETIVO GERAL

O objetivo geral fornece indicações que descrevem o resultado esperado, realçando competências amplas e complexas (Mão de Ferro, 1999). A partir do afirmado definimos o **OBJETIVO GERAL:**

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

#### 4.4.1 - Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são indicadores de conhecimento e aptidões, de maior clareza nos resultados esperados, como são realizados e avaliados (Mão de Ferro, 1999). Pelo que definimos como **objetivos específicos**:

- 1- Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar;
- 2- Envolver a equipa de enfermagem no projeto;
- 3- Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao número e tipo de intoxicações por OF;
- 4- Adicionar oxima à carga base medicamentosa (perfil da medicação) da sala de emergência;
- 5- Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência;
- 6- Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicada por OF;
- 7- Implementar protocolo.

## **5 - PLANEAMENTO DO PROJETO**

O planeamento prepara o caminho a percorrer, conjugando estratégias a utilizar assim como recursos de forma a atingir os critérios de avaliação estabelecidos. (Apêndice 6). Para tal traçámos objetivos específicos que considerámos pertinentes e exequíveis até à fase de implementação do projeto.

### **5.1 - CRONOGRAMA**

No planeamento do projeto também tivemos em conta a calendarização de atividades, ou seja, os respetivos cronogramas: o inicial que determinou a data de início e de fim das atividades a desenvolver, (Apêndice 7) e o final que apresenta a data alterada das atividades executadas face ao planeado. (Apêndice 8)

Para compreensão dos cronogramas, iremos passar a analisar as atividades planeadas e executadas, em que ocorreu alteração de data face ao planeado.

Assim no que concerne à homologação do protocolo de atuação perante pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência, pelo CA, prevista da 1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> semana de Abril de 2012, esta veio a acontecer na 3<sup>a</sup> semana de Março, pois já tínhamos elaborado o esboço do protocolo a 29 de Janeiro e enviado para apreciação no mês de Fevereiro, ficando a redação final do protocolo pronta, dia 3 de Março de 2012. Pelo que dia 6 de Março, enviámos a carta ao CA para homologação e não havendo qualquer intercorrência, foi homologado dia 12 de Março.

No que respeita ao planeamento da formação sobre o protocolo: Preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos), esta ficou finalizada na 4<sup>a</sup> semana de Março de 2012, após termos efetuados as sugestões da nossa Professora Orientadora. Estava previsto a sua construção da 1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> semana de Abril. Pelo que foi ainda possível, a elaboração de um folheto sobre o protocolo, com a informação mais pertinente, que distribuímos no final da sessão, assim como, a de um fluxograma de atuação de rápido acesso, aquando da chegada à sala de emergência de uma pessoa intoxicada por OF.

Referente à realização da formação (Enfermeiros e Médicos), estava planeada da 1ª à 4ª semana de Junho, esta foi realizada no dia 23 de Maio (4ª semana), conseguimos antecipar no sentido de alcançar o objetivo definido, pois constatámos no plano de férias que a partir da 1ª semana de Junho, haveria mais enfermeiros fora do serviço. Contudo, conseguimos ainda replicar a formação no dia 27 de Junho, uma vez que aproveitámos a tarde em que outra colega que se encontra a fazer o mestrado, fez também a sua formação.

Acreditamos que ao termos executado em pleno, todas as atividades planeadas, atingidos todos os objetivos estipulados, num período de tempo menor, possibilitou-nos, a elaboração de mais material informativo de apoio à prática dos cuidados (folheto e fluxograma sobre o protocolo) e também a oportunidade de replicar a formação a mais enfermeiros da equipa.

Cientes de todo o trabalho desenvolvido, pudemos afirmar que ao agirmos como enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica, somos promotores e impulsores no sentido de fomentar um cuidar inovador, alicerçado no conhecimento, na formação e na motivação das equipas de enfermagem, construindo uma maior harmonia no processo de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)



## 6 - EXECUÇÃO DO PROJETO

A etapa de execução da Metodologia de Projeto preconiza a realização do que foi planeado, coloca em prática o que foi mentalmente esboçado, tornando-se numa situação real construída. (Fortin, 1999; Nogueira, 2005)

### 6.1 - ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

As escolhas das atividades e estratégias realizadas permitem alcançar os objetivos traçados (Fortin, 1999), passamos de seguida a apresentar os objetivos específicos, as atividades inerentes e a avaliação da execução, fazendo a ponte sempre que possível, com as competências comuns; as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre.

#### **Objetivo específico nº 1- Aprofundar conhecimentos sobre o tema em estudo**

**Atividade 1:** Análise de dados estatísticos sobre intoxicações por OF na instituição e através do Centro de Informação Antivenenos (CIAV).

**Indicador de avaliação:** Receção de resposta positiva da estatística da Instituição e do CIAV.

Tivemos oportunidade de analisar dados estatísticos (entre a 2ª e a 4ª semana de Setembro de 2011) disponíveis na Instituição, embora não permitam a diferenciação da causa de intoxicações que dão entrada no serviço de urgência. Sabemos que no ano de 2010 deram entrada 124 pessoas com intoxicação aguda. Tivemos também acesso à estatística do CIAV de 2009-2011, fornecida pela Dr.ª F. R., MC do CIAV, que relata que em Portugal no ano de 2009 houve 140 casos de intoxicações por OF, aumentando para 280 no ano de 2010 e no

ano de 2011 para 339 casos. Assim referimos que mobilizámos a unidade de competência comum: *D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*. E a unidade de competência do mestre a) *Possuir conhecimentos e capacidades mais aprofundadas que no 1.º ciclo*.

**Atividade 2-** Pesquisa de bibliografia nas bases de dados Ebsco e B-on e em obras científicas sobre intoxicações por OF, nomeadamente: Intoxicações por OF em Adultos; Manifestações Clínicas e Abordagem Terapêutica.

**Indicador de Avaliação:** Atualização e aprofundamento de conhecimentos.

Efetuámos atualização e aprofundamento de conhecimentos, para a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à pessoa intoxicada por OF, através de base de dados credíveis, nacionais e internacionais recentes e através de obras científicas disponíveis na escola, como por exemplo: Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas; Enfermagem de urgência- da teoria à prática. Procurámos também junto de colegas de diferentes hospitais a existência de protocolos a qual não foi bem-sucedida por inexistência dos mesmos.

Consideramos que a qualidade dos cuidados é um valor referencial da nossa práxis clínica, ou seja que a preocupação com a qualidade nos vai nortear e dar sentido às nossas ações (Hesbeen, 2001). O que nos permite afirmar que mobilizámos as unidades de competência comuns: *B1.2- Incorpora diretivas e conhecimento na melhoria da qualidade na prática; D2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*. E as competências de mestre: a) *Possuir conhecimentos e capacidades mais aprofundadas que no 1.º ciclo*, e) *Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo*.

**Atividade 3-** Elaboração de *dossier* temático de apoio que ficou no serviço.

**Indicadores de Avaliação:** Que 5% dos enfermeiros tenham manuseado o *dossier*.

Valoramos que a base da elaboração do projeto está numa pesquisa bibliográfica que o enquadre. No entanto, logo que o grau de repetição de informação se tornou elevado, atingimos o ponto de saturação, que permitiu a elaboração do *dossier* temático, na 2.<sup>a</sup> semana de Julho de 2012, que contempla um conjunto de documentos que pesquisámos, que reunimos e que organizámos para conservar as fontes de informação consultadas sobre a temática e que podemos usar para aprofundamento da mesma (Lourenço, 2004). Está disponível em suporte de papel e encontra-se na sala de pausa de enfermagem (estratégia discutida com a Enfermeira Responsável pelo serviço), para tornar mais fácil o seu acesso, a todos os enfermeiros do serviço. Assegurámo-nos que 2 enfermeiros (5% dos enfermeiros) o tenham manuseado. Sabemos que já foi consultado por 2 alunas de enfermagem, para colocarem aportes no seu relatório de estágio e por 3 colegas que se encontram a fazer a Pós Graduação de Urgência e Emergência Hospitalar, por forma a reunirem mais conhecimento sobre este tipo de intoxicações. O que nos permite considerar que mobilizámos as unidades de competência comuns: *C2.2- Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*. As competências de mestre: *a) Possuir conhecimentos e capacidades mais aprofundadas que no 1.º ciclo; d) Capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas e permite e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo*.

## **Objetivo nº 2- Envolver a equipa de enfermagem no projeto**

**Atividade 1:** Construção de questionários.

**Indicador de Avaliação:** Questionário elaborado.

Elaborámos os questionários na 2.<sup>a</sup> semana de Setembro de 2011.

**Atividade 2:** Pedido de autorização (através de carta) ao Concelho de Administração para aplicação dos mesmos.

**Indicador de Avaliação:** Parecer positivo do CA

Fizemos o pedido de autorização ao CA, no dia 13 de Setembro de 2011, obtivemos parecer positivo a 20 de Setembro de 2011.

**Atividade 3:** Aplicação de questionários tendo em conta os aspetos éticos e deontológicos da profissão e apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários (anónimos) à equipa de enfermagem.

**Indicador de Avaliação:** 80% dos questionários preenchidos e 80% dos enfermeiros receberam a estatística dos dados.

Procedemos à aplicação dos questionários entre a 1ª e a 2ª semana de Outubro de 2011, a 94% dos colegas do serviço, superando o indicador de avaliação de 80% de questionários preenchidos.

A análise estatística dos dados foi enviada por *mail* entre a 1ª e a 4ª semana de Novembro de 2011 e assegurámo-nos que todos os enfermeiros (94%) que responderam ao questionário receberam a informação, através do pedido de receção e leitura do *mail*. O que nos permitiu concluir, que esta problemática ia ao encontro das necessidades e expetativas dos enfermeiros do serviço de urgência, e conseguimos um envolvimento de todos os enfermeiros, para que exista compromisso em priorizar a qualidade dos cuidados. (Mezomo, 2001)

Em virtude do descrito acima, pensamos ter mobilizado as unidades de competência comuns: *A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C2.2- Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.* E a competência de mestre *d) capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas.*

### **Objetivo nº 3 - Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao nº e tipo de intoxicações por OF**

**Atividade 1:** Sempre que ocorra uma entrada no serviço de urgência por intoxicação por OF, é registrada no livro da sala de emergência.

**Indicador de Avaliação:** Apresentação estatística de registros da especificidade da intoxicação.

Já existe no livro disponível na sala de emergência (desde a 3ª semana de Setembro de 2011), referência a 2 casos de intoxicação voluntária por organofosforados, ocorridas em Março e Abril de 2012. Consideramos mobilizadas as unidades de competência comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C2.2- Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.* E a competência de mestre *d) capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas.*

### **Objetivo nº 4- Adicionar oxima à carga base medicamentosa da sala de emergência**

**Atividades 1:** Aquisição de oxima para a sala de emergência.

**Indicador de Avaliação:** Existência de oxima na sala de emergência.

Uma vez que esta é um dos antídotos das intoxicações por OF e não existia no serviço, o que iria causar atraso no atendimento em tempo útil à pessoa intoxicada, reunimos com a Enfermeira Responsável pelo serviço, com o Coordenador do serviço e com o Responsável Farmacêutico (no dia 7 de Novembro). Foi-nos então disponibilizado na 4ª semana de Novembro de 2011, 5 ampolas que se encontram na caixa de antídotos, na sala de emergência. Em virtude da nossa ação, estamos convictos que agimos de acordo com CDE, art.º 83.º - Do direito ao cuidado, alínea *a) Coresponsabiliza-se pelo atendimento do*

*indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento. Mobilizámos as unidades de competências comuns: A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; B1.2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática. A competência específica K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. E a competência de mestre: c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão.*

### **Objetivo nº 5- Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência**

**Atividade 1:** Construção de protocolo.

**Indicador de Avaliação:** Existência de protocolo.

Elaborámos o esboço do protocolo, de acordo com as regras de elaboração de normas de procedimentos em vigor na nossa instituição (NR-HLA-5), ficou disponível a 29 de Janeiro de 2012, dentro do prazo estipulado (desde a 1ª semana de Janeiro à 1ª semana de Fevereiro de 2012).

**Atividade 2:** Conhecimento por parte da equipa multidisciplinar do protocolo, para poderem analisar e dar sugestões, e se assim se justificar proceder à sua alteração final.

**Indicador de Avaliação:** Protocolo alterado se necessário.

Foi enviado para a Professora Orientadora da ESS/IPS, à Enfermeira Orientadora de estágio, à Enfermeira Responsável do serviço, ao Coordenador de serviço, ao CA, a todos os enfermeiros do serviço e ainda a 3 médicos (1 de Medicina Interna e 2 de Cuidados Intensivos, sendo que 1 foi exterior ao nosso hospital). Todos foram nossos peritos, uma vez que suportam a ação a partir da experiência e da compreensão, ao relacionar as situações com a prática. (Benner, 2001)

Adaptámos a técnica Delphi com o objetivo de identificar o nível de concordância dos peritos (Justo, 2005), uma vez que a apreciação coletiva baseada na

experiência e conhecimento é mais consensual que a opinião de um só perito. Ficámos a aguardar respostas, de forma a recolher e sintetizar o conhecimento, para redação final, até à 4ª semana de Fevereiro, não houve sugestões para alterações, houve consenso entre todos os peritos que o protocolo estava bem fundamentado teoricamente e bem estruturado, de fácil aplicação ao contexto clínico. Pelo que foi possível a redação final estar pronta dia 3 de Março de 2012 (1ª semana de Março).

**Atividade 3:** Pedido de homologação ao Coordenador do serviço de Urgência à Enfermeira Responsável e ao Concelho de Administração.

**Indicador de avaliação:** Protocolo homologado.

Foi elaborada uma carta para o CA para pedir a homologação do Protocolo (Apêndice 9). Foi homologado dia 12 de Março de 2012 (3ª semana de Março) (Apêndice 10).

Consideramos que um protocolo é um documento que se baseia numa prática profissional multidisciplinar, decorrente do conhecimento científico, que estabelece linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem num problema, normaliza procedimentos que garantam as boas práticas (Veiga [et.al.], 2008) mas deve respeitar sempre o espaço de liberdade indispensável, ao Cuidar da pessoa, caso contrário, corremos o risco de não prestar cuidados de qualidade. “*É necessário desenvolvermos métodos que preservem o contexto humano e permitam o avanço do conhecimento acerca do mundo da experiência humana.*” (Watson, 2002, p. 9)

Pelo afirmado, mobilizámos as unidades de competências comuns: *B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; B2.3- Lidera programas de melhoria, D2.2- Suporta a prática na investigação e no conhecimento, na área de especialidade; D2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.* A unidade de competência específica: *K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.* As competências de mestre: *a) Possuir conhecimento e capacidades mais aprofundado que no 1.ciclo; c) Capacidade para integrar*

*conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão e d) Capacidade de comunicar as conclusões, e os conhecimentos, quer a especialistas, quer a não especialistas.*

**Objetivo nº 6- Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicado por OF**

**Atividade 1:** Planeamento da formação sobre o protocolo de atuação perante a pessoa intoxicada por OF: Preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos).

**Indicador de Avaliação:** Finalizada a construção de diapositivos.

Ficou finalizada na 4ª semana de Março de 2012 (Apêndice 11). Foi ainda possível a elaboração de um folheto sobre o protocolo (Apêndice 12) com a informação mais pertinente que distribuímos no final da sessão assim como o fluxograma de atuação (Apêndice 13) de rápido acesso aquando da chegada à sala de emergência de uma pessoa intoxicada por OF (este também disponível junto ao protocolo em suporte de papel que se encontra no *dossier* na sala de emergência).

**Atividade 2:** Convite a colegas que realizaram Pós- Graduação em Emergência-Urgência e/ou trabalham na VMER, para colaborarem na realização da formação.

**Indicador de avaliação:** Presença de pelo menos 1 formador externo ao projeto. Feito convite ao Colega que trabalha na VMER, Enfermeiro D. L. que aceitou de imediato colaborar na formação com a partilha de um estudo de caso sobre intoxicação por OF.

**Atividade 3:** Elaboração do plano da sessão.

**Indicador de avaliação:** Plano da sessão efetuado.



O plano da sessão foi efetuada e posteriormente alterado com as sugestões da Professora Orientadora. (Apêndice 14)

**Atividade 4:** Articulação com a Enfermeira responsável pela formação do serviço para disponibilidade de sala.

**Indicador de avaliação:** Sala disponível.

Esta ficou marcada duas semanas antes da formação, pela Enfermeira responsável pela formação do serviço.

**Atividade 5:** Divulgação da formação nos placards da sala de enfermagem da urgência e nos gabinetes médicos (data, hora e local) e via intranet para *mail* de todos elementos da equipa.

**Indicador de avaliação:** 80% dos enfermeiros tem conhecimento da formação.

Colocada folha de divulgação da formação no placard da sala de enfermagem e gabinetes médicos, 15 dias antes (Apêndice 15), e enviados *mail* a toda a equipa médica e de enfermagem. Todas as respostas de enfermagem foram confirmadas por *mail*, via intranet.

**Atividade 6:** Realização da formação (Enfermeiros e Médicos).

**Indicador de avaliação:** 60% dos enfermeiros presentes na formação e pelo menos 1 médico presente.

Foi realizada no dia 23 de Maio (Anexo II). A presença de formandos na formação foi de 15 (Anexo III) o que fez 65%, dos 60% que tínhamos preconizado como objetivo a ser atingido, uma vez que apenas 23 (100%) enfermeiros naquele período se encontravam a trabalhar. Foi cumprido integralmente o plano da sessão definido e apresentámo-lo no tempo previsto. Contudo, conseguimos ainda replicar a formação no dia 27 de Junho, em que tivemos a presença de 12 enfermeiros (Anexo IV). Assim a presença de enfermeiros na formação foi de 27 o que fez 72%, dos 60% que tínhamos preconizado como objetivo a ser atingido.

No entanto iremos replicar a formação, após período de maior número de enfermeiros de férias (a partir de Janeiro de 2013), período em que haverá possibilidade de dar em horas o tempo de presença em formação, sem recorrer a horas extraordinárias (estratégia discutida com a Enfermeira Responsável pelo serviço). Tivemos a presença de 3 médicos, 1 de Medicina Interna; 1 Interno de Medicina e 1 de Clínica Geral.

### Atividade 7: Avaliação da formação.

**Indicador de avaliação:** Que atinga 50% das expectativas dos formandos presentes.

Para a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos, foi aplicado um questionário (Apêndice 16), em que 100% das respostas se encontram corretas. Para a avaliação da sessão de formação foi utilizado o questionário de avaliação final da ação, fornecido pelo Centro de Formação do Hospital (Anexo V), que passamos a analisar os itens mais pertinentes através do gráfico nº 2.

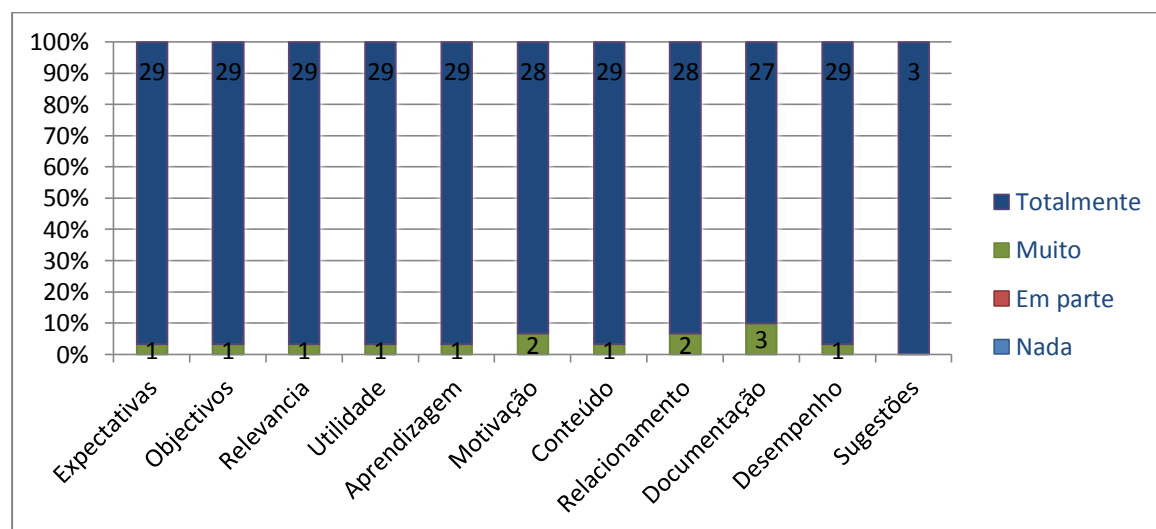


Gráfico 2 - Análise estatística da avaliação final das formações

Da análise do gráfico nº 2, destacamos que à questão 1: A ação de formação correspondeu às suas expectativas, 29 (96,7%) dos formandos responderam que

correspondeu totalmente, apenas 1 (3,3%) respondeu que correspondeu muito. Às questões 2; 3; e 4: No decorrer da formação, qual a opinião relativamente ao objetivo da formação; à relevância do tema e à utilidade para a prática, em todas as questões, 29 (96,7%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente. À questão 5: Qual a opinião relativamente à aprendizagem, 29 (96,7%) dos formandos respondeu que correspondeu totalmente. À questão 6: Qual a opinião relativamente à motivação, 28 (93,3%) respondeu que estavam totalmente motivados, apenas 2 (6,7%), respondeu que estavam muito motivados. À questão 7: Qual a opinião quanto ao conteúdo da formação, 29 (96,7%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente, somente 1 (3,3%), respondeu muito. À questão 8: Qual a opinião quanto ao relacionamento entre os participantes, 28 (93,3%) responderam que foi totalmente participativa, 2 (6,7%) respondeu que foi muito participativa. À questão 9: Qual a opinião quanto à documentação recebida, 27 (90%) responderam que foi totalmente pertinente, apenas 3 (10%) respondeu que foi muito pertinente. À questão 10: Qual a opinião quanto ao desempenho global dos formadores, 29 (96,7%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente, apenas 1 (3,3%), respondeu que correspondeu muito. À questão 11: Comentários/Sugestões, apenas 3 (16,7%) dos formandos deixaram sugestões como: A formação deveria ser alargada a outros serviços (VMER, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios); a formação deveria ser replicada a todos os enfermeiros da equipa e depois anualmente.

Concluimos que atingimos o objetivo traçado quanto às expectativas dos formandos presentes (estipulado em 50%), uma vez que a ação de formação correspondeu totalmente às expectativas de 29 formandos, perfazendo (96,7%), assim como à relevância do tema, à utilidade para a prática e aos progressos na aprendizagem com a formação. Tendo sido evidente o envolvimento e a participação dos formandos na partilha de experiências e no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a operacionalização do projeto. De enaltecer a atitude interativa da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Responsável pelo serviço com a equipa, motivando-a e salientando a pertinência e aplicabilidade do projeto.

Concordamos que a formação, orientada para a melhoria dos cuidados de qualidade em enfermagem, promove mudanças significativas no desenvolvimento pessoal e profissional, que influem na competência profissional dos enfermeiros. A partilha de conhecimentos e de experiências, possibilita a harmonização do trabalho em equipa e consequentemente a coesão da mesma. A análise da prática é muito importante, na medida em que permite refletir sobre o desempenho profissional, com o objetivo de melhorar constantemente a prestação de cuidados, pelo que a formação contínua dos enfermeiros é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Ao agirmos suportados por este pressuposto, concordamos termos fundamentado a nossa ação de acordo com o previsto no CDE, no art.º 88.º- Da excelência do exercício, alínea c) *Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.* Pelo analisado pudemos afirmar que mobilizámos as unidades de competências comuns: *B1.2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; B2.1- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.* A unidade de competência específica: *K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.* E as competências de mestre: *d) Capacidade para comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos quer a especialistas, quer a não especialistas; e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado e autónomo.*

**Objetivo nº 7 - Implementar protocolo de atuação perante pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência.**

**Atividade 1:** Disponibilização do protocolo em suporte de papel e na pasta de enfermagem (intranet) do SU.

**Indicador de Avaliação:** 60% dos enfermeiros tenham conhecimento do protocolo.

Foi enviado a todos os enfermeiros do serviço por *mail*, obtivemos 100% de resposta positiva; foi colocado na intranet, na pasta dos protocolos, pelos informáticos, colocámos também em suporte de papel, no *dossier* da sala de emergência.

**Atividade: 2-** Construção de check-list para avaliação do desempenho e do processo na execução do protocolo.

**Indicadores de avaliação:** Existência de check-list para diminuição das falhas de execução do protocolo e que pelo menos 5 enfermeiros respondam corretamente a 2 perguntas do protocolo.

Elaborámos uma check-list, esta é uma lista de verificação, que funciona como um guia que define as etapas e recomendações a serem seguidas na implementação e avaliação do projeto, que nos permite avaliar a eficácia do projeto. E também se as práticas de atuação permitem reagir aos problemas e atuar proactivamente na sua prevenção (Fragata e Martins, 2008), (Apêndice 17). A check-list encontra-se junto ao protocolo, no *dossier* na sala de emergência. Para aferirmos o conhecimento de 5 enfermeiros sobre o protocolo, aproveitamos 2 momentos diferentes. Um momento passado 15 dias da 1ª formação, em que 2 enfermeiros orientavam 2 estudantes de enfermagem em estágio clínico e um mês depois da mesma, a 3 enfermeiros (1 deles tinha terminado o período de integração no serviço). Optámos por aplicar o questionário que elaborámos para a avaliação dos conhecimentos dos formandos (garantindo o anonimato). Da análise das respostas todas foram respondidas corretamente. O que nos permite concluir que o protocolo tem sido divulgado pelos enfermeiros, tanto aos alunos que se encontram em estágio clínico, como ao enfermeiro que se encontrava em integração no serviço. Pelo que constatámos que este protocolo é importante no seio da equipa de enfermagem, sendo uma mais-valia para cuidar, com qualidade, a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência.

Em nosso entendimento pensamos poder afirmar que mobilizámos as unidades de competências comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Otimiza o processo*

*de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. A unidade de competência específica: Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. As competências de mestre: a) Possuir conhecimento mais aprofundado que no 1.º ciclo e d) Capacidade para comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos quer a especialistas, quer a não especialistas.*

Ao finalizarmos este capítulo, considerámos ter efetuado a avaliação intermédia do projeto, que foi realizada concomitantemente com a execução do mesmo, uma vez que a avaliação deve ser contínua, tendo como objetivo aferir a execução dos objetivos definidos, que contempla a sua análise e reflexão.

## 7 - AVALIAÇÃO FINAL DO PROJETO

Passamos agora à avaliação final do projeto, que tem como objetivo analisar o produto final do mesmo (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010). Após análise pormenorizada, da forma como foram desenvolvidas as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido, apraz-nos aferir que os mesmos, foram pertinentes para o processo e permitiu-nos concluir que o PIS- **Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por OF na Sala de Emergência**, foi um trabalho bastante gratificante. Acreditamos que este projeto é e será a forma de garantir a melhoria da qualidade, dos cuidados prestados à especificidade das pessoas e famílias abrangidas por esta situação crítica. E uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a Instituição, uma vez que ambas, existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002), que contribuem para a redução do erro e para melhorar os níveis de segurança dos doentes. (Fragata e Martins, 2008)

As dificuldades sentidas na realização deste projeto foram, em primeiro lugar a impossibilidade de acesso à verdadeira incidência de intoxicações admitidas no serviço de urgência do Hospital, em segundo lugar, foi a inexistência de dados reais em Portugal, que pudessem sustentar o tema. Pelo que considerámos que a identificação no livro na sala de emergência, do tipo de intoxicações que ocorrem ao serviço, o preenchimento da check-list elaborada no sentido de diminuir as falhas de execução do protocolo, nos permitirá avaliar a eficácia do projeto, obter dados concretos sobre o número, o tipo, a frequência, a caracterização das pessoas intoxicadas por OF e identificar pistas que podem sustentar temáticas para futuros projetos.

Acreditamos que a elaboração deste projeto nos despertou para um olhar diferenciado e amadurecido na prestação de cuidados de enfermagem, que nos permite afirmar que somos Enfermeiros Especialistas em EMC, uma vez que prestarmos cuidados altamente qualificados à Pessoa em situação Crítica e sua Família.

## 8 - PROJETO DE APRENDIZAGEM COMPETÊNCIAS/CLÍNICA

No âmbito do Mestrado em EMC, que tem a finalidade de “*Contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade.*” (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011-2012, p. 5), procuraremos ilustrar ao longo deste capítulo, que o projeto de aprendizagem de competências/clínica (PAC) é um instrumento de avaliação em que as aprendizagens estão orientadas de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e com as Competências de Mestre em EMC.

### 8.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competência profissional é um processo que se desenvolve no percurso da vida, com estreita relação entre saberes práticos, teóricos adquiridos na praxis clínica e na aquisição de saberes significativos através da andragogia, para aplicar no quotidiano (Boterf, 2003), que promove a maturidade profissional, na vertente científica, técnica e relacional da profissão, para uma prestação de cuidados de elevada qualidade, que nos permite suportar a ação a partir da experiência e da compreensão das situações, tornando-nos peritos. (Benner 2001)

Suportadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, passaremos a analisar cada domínio e as unidades de competência inerentes, tendo por base os seus critérios de avaliação, faremos uma descrição das atividades realizadas, assim como o contributo dos aportes teóricos que nos permitiram a aquisição de competências, para a melhoria da nossa clínica.

Existem quatro domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)



## **A - Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Concordamos que a ética é a fundamentação do agir. Consequentemente a ética em enfermagem é o desenvolvimento do enfermeiro, em que o valor fulcral da prática é o cuidar da pessoa humana. Tem uma dimensão ética, que abarca o respeito por si como pessoa e pelos outros enquanto pessoas. Integra o respeito pela dignidade, liberdade e escolha humana. Comporta uma dimensão moral, que resulta do que os outros esperam de nós enquanto profissionais, como o respeito, o serviço, a competência e a justiça. (Lopes e Nunes, 1995)

Enfermagem enfoca a sua prática em redor de um bem-ser, bem-estar e bem-fazer, na primazia dos cuidados – Cuidar. O foco da ética da enfermagem é a relação terapêutica enfermeiro- pessoa, que dá ênfase ao respeito, à autonomia e à dignidade da pessoa através da escolha que acredita ser a melhor decisão para si. “ (...) *a ética fundamenta o agir (...) visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, que devem promover um bem ao utente família e comunidade.*” (Pires, 2008, p. 1)

Valoramos enquanto enfermeiros, pensar sempre na pessoa que cuidamos, de forma holística, tendo em atenção o respeito pela pessoa, não como um meio mas como o fim das nossas ações. Termos consciência das necessidades do outro e ter vontade de as levar em consideração, termos consciência das nossas e das limitações dos outros, possibilitam-nos o crescimento mútuo. É de extrema importância ponderar o porquê do agir e ter como fulcro do mesmo o cuidar da pessoa. Pelo que as variadas estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria, com a decisão da pessoa. Fomentamos a adoção dessa decisão pela equipa de enfermagem, liderando os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade, porque os cuidados de enfermagem estão envoltos numa relação interpessoal, onde a informação e o consentimento livre e esclarecido devem ser uma constante.

Com esse propósito agimos de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que se encontra publicado na Lei nº111/2009 de 16 de Setembro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), onde a deontologia visa proteger

os direitos da pessoa, assim como fundamentar as nossas ações enquanto profissionais.

O CDE engloba: **Princípios** descritos no artigo 78º. Este artigo é considerado como o artigo ético e estes princípios são orientadores da nossa prática clínica; **Valores** que servem de critério para a tomada de decisão e **Deveres**, correspondentes às normas e condutas do agir. Assim, guiamos e fundamentamos a prática de cuidados com base em princípios, deveres e valores deontológicos, avaliando as melhores práticas de acordo com *empowerment* das pessoas, promovendo o exercício profissional na equipa de enfermagem.

Sem dúvida que o enfermeiro se diferencia pela formação e experiência, que lhe faculta compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Como enfermeiros estamos cientes, que cada pessoa tem de ser respeitada como um ser individual, que deve participar ativamente em todas as tomadas de decisão inerentes à sua situação de saúde. *“Cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores (...) que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha.”* (Watson, 2002, p. 65)

Inegavelmente do respeito pela autonomia, pela dignidade da pessoa em interação com os outros princípios éticos (beneficência; não maleficência; justiça e vulnerabilidade) surge a importância do dever de informar e simultaneamente o consentimento livre e esclarecido (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Os enfermeiros devem respeitar e fazer respeitar a pessoa/doente no caso do consentimento/dissentimento informado (Duarte, 2008). Este é de primazia na relação terapêutica, de confiança e de comunicação entre enfermeiros e pessoas, permite envolvê-las no seu processo, com a sua tomada de decisão, dando-lhes autonomia no poder de escolha. Então, na nossa prática clínica importa que tomemos consciência dos nossos valores, dos valores da pessoa/doente/família, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa.

“ (...) *Cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares - com vista a ajudá-los na sua situação.*” (Hesbeen, 2000, p. 67)

Similarmente o direito à proteção da saúde é um direito constitucionalmente protegido, nos termos do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (2005), e que deve decorrer num Serviço Nacional de Saúde que se quer universal e geral, dando também resposta à Lei de Bases da Saúde XIV- Estatuto dos Utentes (1990), onde está descrito que têm o direito de decidir sobre a sua situação e aceitar ou recusar, regra geral, a prestação de cuidados, tendo esta decisão que ser aceite e respeitada pelos profissionais de saúde. Para tal, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa, fornecendo-lhe informação relevante, correta e compreensível, no que respeita aos cuidados de saúde. Ao capacitá-la permite-lhe o consentimento livre e esclarecido, pelo que a informação a transmitir deverá ser verdadeira e adequada à situação de saúde da mesma. (CDE, 2009, Artigo 84º)

Ao projetarmos na equipa uma dinâmica de prática de cuidados que se querem seguros, com respeito pela privacidade e dignidade da pessoa, fortalecemos a ação e prosseguimos na caminhada exigente rumo à excelência do cuidar, assumindo-a como um valor da profissão.

Pensamos ter consolidado conhecimentos e adquiridas as competências comuns: *A1- desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.* Pela descrição e análise feita acima, onde indubitavelmente os aportes teóricos lecionados, nomeadamente em Ética de Enfermagem, em Direito da Enfermagem e sobretudo com a análise do Código Deontológico, assim como a presença no Curso Consentimento Informado dia 3 de Novembro de 2011 (Anexo VI, declaração até ao momento não disponível), permitiu a organização do pensamento crítico, a utilização do conhecimento, dos princípios, dos deveres e da legislação que regem a profissão para uma tomada de decisão estruturada, clara, lógica e fundamentada em argumentos irrefutáveis, na resolução de situações problemáticas e dilemáticas na nossa práxis.

## **B - Domínio da Melhoria da Qualidade**

Para ilustrarmos a aquisição deste domínio, passamos a relatar e analisar as atividades desenvolvidas. Assim:

- ✓ Suportamos o nosso Agir nos Padrões de Qualidade em Enfermagem;
- ✓ Colaborámos no plano de contingência da Gripe A;
- ✓ Somos elo dinamizador do serviço com a Comissão de Controlo de Infecção (CCI);
- ✓ Implementamos as normas de procedimentos homologadas;
- ✓ Elaborámos a norma da Prevenção da Infecção Associada ao Cateterismo Periférico em 2010 e iremos fazer a sua revisão em 2013;
- ✓ Atualizamos a pasta da CCI no serviço, com todas as normas de procedimentos e enviamos para toda a equipa de enfermagem;
- ✓ Promovemos a implementação em todas as unidades das pessoas/doentes e espaços de trabalho, suportes para aplicação de soluções alcoólicas para higienização das mãos;
- ✓ Somos coordenadora Adjunta da campanha da Higienização das mãos na Instituição;
- ✓ Fazemos formação em serviço neste âmbito;
- ✓ Orientamos alunos de enfermagem em estágio e integramos enfermeiros no serviço de acordo com Guia de integração para enfermagem na urgência;
- ✓ Somos auditores da Triagem de Manchester, o que nos permite selecionar estratégias de melhoria dos cuidados, sendo fundamental na aprendizagem das boas práticas clínicas (Fragata e Martins, 2008), para conseguir os melhores resultados, a satisfação dos pares e das pessoas/família;
- ✓ Verificamos semestralmente os Kits de catástrofe exigidos pela Sociedade Portuguesa de Triagem de Manchester;
- ✓ Fazemos a avaliação do risco de quedas e implementamos medidas preventivas, assim como verificamos a segurança do gradeamento das macas e camas. Conhecemos o procedimento de registo de quedas que se encontra no programa sindiet e fazemos o seu registo. Pois sabemos que a taxa de

quedas de um serviço é um indicador de qualidade dos cuidados prestados.  
(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007)

Pelo que, pensamos estar em condições de afirmar, que adquirimos as competências comuns: *B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

E com toda a certeza que os aportes teóricos lecionados, permitiram a consolidação de conhecimentos, nomeadamente em Gestão de Processos e Recursos, em Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade e em Criação de Empresas. Através da oportunidade de elaborar um projeto de Criação de uma equipa de enfermagem de transportes inter-hospitalares na Instituição, que embora não esteja a ser cumprido como uma equipa autónoma, permitiu à chefia de enfermagem do SU ouvir a proposta e assegurar que as transferências sejam realizadas por elementos extra escala e disponíveis para o fazer. Desta forma o rácio enfermeiro/doente estipulado é cumprido, além do que promove a motivação geral da equipa, assegurando uma maior qualidade nos cuidados prestados. Uma vez que dotações seguras “*Reflectem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização.*” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2007, p. 6)

Este projeto foi fundamentado com base nas ferramentas da qualidade: FMEA (análise de modos de falha, seus efeitos e criticidade, com o objetivo de eliminar ou minimizar o risco associado); e a Análise SWOT. Esta última também aplicada no diagnóstico de situação do PIS. Assim, “*A qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 5), que se refletem nos cuidados prestados. Conscientes que a melhoria da qualidade dos cuidados é um desafio constante, esta passa pela participação ativa de todos, de uma forma partilhada e motivada e que deve ser sentida pelas pessoas/famílias.

Também com o PIS alcançámos o domínio acima descrito, uma vez que o mesmo, visa ser um protocolo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e

simultaneamente assegurar a minimização do erro ao proporcionar um ambiente seguro, tanto para os profissionais de saúde, como para as pessoas que recorrem ao serviço, com intoxicações por OF. Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica exige uma avaliação contínua, para detetar precocemente complicações que possam comprometer a estabilidade hemodinâmica ou mesmo levarem à morte (falência multiorgânica). (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

### **C - Domínio da gestão dos cuidados**

Concordamos que liderança é imprescindível na eficácia das organizações, implica que o líder tenha capacidade para influenciar a equipa para os objetivos da organização (Ferreira; Neves e Caetano, 2001). A nossa equipa de enfermagem é relativamente jovem, consideramos que se formos líderes com capacidade de a fazer acreditar, de a motivar e de querer fazer cada vez mais e melhor, poderemos rentabilizar toda a sua potencialidade.

Assim adotamos uma liderança democrática, por entender ser uma mais-valia para o serviço e equipa. Esta liderança é o resultado das sinergias da equipa, tendo em conta os motivos, os valores das pessoas e a sua transformação como um todo, para alcançar objetivos comuns, com maior ambição na atuação em equipa. (Bilhim, 2001; Ferreira; Neves e Caetano, 2001)

Nas atividades que desenvolvemos como chefe de Equipa:

- ✓ Somos o elemento de referência na mesma;
- ✓ Coordenamos a distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho do serviço, tendo em atenção as necessidades de cuidados e os recursos disponíveis, readaptamos sempre que necessário a distribuição;
- ✓ Supervisionamos e apoiamos os colegas na prestação de cuidados, nomeadamente nas situações de maior complexidade, coordenamos e orientamos a equipa na sala de emergência;

- ✓ Substituímos a Chefia de enfermagem do serviço, na sua ausência, somos responsáveis por todas as chaves de acesso restrito no nosso turno;
- ✓ Elaboramos o plano de férias da nossa equipa, de modo a assegurar o número mínimo de elementos para a prestação de cuidados seguros.

Consequentemente intervêm de forma consciente na otimização dos cuidados de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, adaptando a gestão dos cuidados a cada situação, assumindo a responsabilidade pela qualidade e segurança dos cuidados delegados, assim como pela supervisão dos mesmos. Logo *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 15)

O que nos permite considerar, que adquirimos as competências: *C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.* E com toda a certeza que os aportes teóricos lecionados, permitiram a assimilação de conhecimentos, nomeadamente no que concerne à Gestão de Processos e Recursos, à Liderança de equipas, à Gestão de Cuidados de Enfermagem e à Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem, que incrementamos na nossa prática clínica.

## **D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Para ilustrarmos a aquisição deste domínio, passamos a relatar e analisar as atividades desenvolvidas. Assim:

- ✓ Elaboramos a auto- avaliação de desempenho e de ensino clínico, de forma a desenvolver o auto-conhecimento tanto a nível pessoal como profissional, para melhorar o nosso desempenho e adquirirmos aprendizagens individuais e organizacionais, para atingir o nosso melhor nível de satisfação e consciencialização, enquanto pessoas e profissionais,

reconhecendo os nossos recursos e limitações. “*Quem cuida tem como características (...), o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los.*” (Watson, 2002, p. 64)

O que nos permite reconhecer situações de conflito e utilizar a estratégia de colaboração, na resolução das mesmas na prática clínica. Com esta estratégia investimos na resolução do problema, procurando que cada uma das partes tenha o máximo de ganhos, tendo em consideração os objetivos das partes envolvidas e assumido uma atitude positiva e proactiva face ao outro. Esta atitude fundamenta-se no respeito pelo interesse do outro, na capacidade para com ele trocar informação e na importância de o ouvir atentamente. (Curral e Chambel, 2001)

- ✓ Elaboramos normas de procedimentos dentro da área de especialidade, uma vez que somos o elo dinamizador do serviço com a CCI;
- ✓ Somos formadores dos pares na divulgação da norma Prevenção da Infecção Associada ao Cateterismo Periférico;
- ✓ Realizámos o relatório do uso de luvas descartáveis no serviço. Adjuvamos que o controle e a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde são considerados desafios profissionais. A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos estabelecidos é de toda a equipa multidisciplinar. Assim, aprofundando o saber adquirido, observando a nossa prática e o desejo de continuarmos a contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados, elaborámos um relatório sumário acerca do uso das luvas/higienização das mãos (HM). Do qual concluímos que o uso das luvas é adequado às atividades, na sua globalidade, observando-se esporadicamente, profissionais que as mantêm calçadas após a tarefa efetuada (por ex.: empurrar a maca para o local de origem). A HM após utilização das luvas, ainda não é o desejável, uma vez que alguns profissionais referem que o produto é muito abrasivo (mesmo com a sensibilização/benefícios/ justificação do contrário). Fatores que condicionam o uso adequado da solução alcoólica é a acessibilidade/distribuição das mesmas (existência em todas as camas/macacões do SO e distribuição por todo o serviço em locais estratégicos). Fatores que condicionam o uso



desadequado da HM são que alguns profissionais referem que a solução alcoólica dificulta a colocação das luvas e requer mais tempo por se ter de deixar secar as mãos. Com a formação anual do Curso da CCI e com a observação da HM no serviço temos constatado que estas medidas têm vindo a melhorar. Considerámos este relatório do uso das luvas no SU produtivo para a melhoria da nossa prática diária, para bem próprio e sobretudo para os doentes que cuidamos.

- ✓ Com o desenvolvimento do PIS utilizámos tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, permitindo-nos a atualização de conhecimentos válidos, atuais e pertinentes, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência, que se querem especializados, seguros e competentes.

Partindo das assunções descritas, permite-nos afirmar, que adquirimos as competências: *D1- Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.* E inquestionavelmente que o desenvolvimento do PIS e os aportes teóricos lecionados, permitiram a aferição de conhecimentos, nomeadamente no que respeita à Psicossociologia das Organizações, que nos permitem uma prática clínica mais refletida, e conscientes que, do desenvolvimento pessoal e profissional emergem mudanças significativas, com base em processos formativos, orientados para a melhoria dos cuidados de qualidade em enfermagem, que influem na competência profissional dos enfermeiros em geral e para as organizações de saúde em particular. São um precioso instrumento capaz de mostrar o caminho na procura da excelência do exercício profissional.

## 8.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Consideramos que o serviço de urgência é um serviço em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica adquire e desenvolve todas as competências específicas inerentes. Pelo que passamos a analisar as aprendizagens à luz das competências referidas e dos aportes teóricos lecionados ao longo do Mestrado, que nos permitiram uma prática clínica mais segura e refletida. Neste contexto, um dos instrumentos existentes que facilitou o nosso processo de aprendizagem foi a taxonomia proposta por Bloom [et.al.], (1956) Cit. por Ferraz e Belhot (2010), que tem como objetivo ajudar no planeamento e organização dos objetivos de aprendizagem. Definir os objetivos de aprendizagem significa estruturar, de forma consciente, o processo de conhecimento de modo a permitir mudanças de pensamentos, ações e comportamentos, na aquisição de conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação de competências adequadas ao perfil profissional que se quer adquirir, para uma aprendizagem efetiva e duradoura. Que se coaduna com a prestação de cuidados de enfermagem que visam a identificação de focos de instabilidade, respondendo atempadamente, permitindo detetar precocemente complicações, priorizando intervenções que permitem a manutenção das funções vitais. (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Sob o mesmo ponto de vista, as intoxicações por OF são uma emergência clínica, com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área para, cuidar destas pessoas de forma holística e em tempo útil. Como tal:

- ✓ Fizemos pesquisa bibliográfica sobre OF;
- ✓ Elaborámos um *dossier* temático para ficar disponível no serviço;
- ✓ Elaborámos o protocolo de atuação perante pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência;

- ✓ Frequentámos o curso em Suporte Imediato de Vida em 2007 e aguardamos a atualização do mesmo, ou frequentar o Curso Avançado de Vida (SAV), (através de entidades creditadas), que faz parte da formação do nosso hospital, no entanto conhecemos os novos algoritmos de SAV que se encontram afixados na sala de emergência;
- ✓ Conhecemos todos os protocolos homologados do serviço de urgência, como Via verde AVC; Via Verde Coronária, etc.; e atuamos de acordo com os mesmos.

Destacamos que durante o estágio, foram muitas vezes permitidas a prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, como: pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio; com Edema Agudo do Pulmão; com Hemorragias Digestivas; com Taquicardias; com Bradicardias; em Paragem cardio- respiratória; com Estados de Inconsciência; Politraumatizados; com necessidade de ventilação não invasiva e invasiva e Intoxicação por OF. Esta intoxicação refere-se a uma senhora de 77 anos de idade, com história de tentativa voluntária de suicídio, através da ingestão de OF (PIRIFOS 48), não se sabia a quantidade, nem o tempo de ingestão. A senhora encontrava-se inconsciente, com secreções brônquicas, midríase e estável do ponto de vista hemodinâmico. Foi colocado em prática o protocolo de atuação para este tipo de intoxicação (elaborado por nós, com o PIS). Após estabilização na sala de emergência, foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos.

Podemos afirmar que os cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF, foi uma experiência bastante gratificante, porque fomos a referência para a equipa multiprofissional, uma vez que foi possível colocar em prática todas as etapas estipuladas no nosso protocolo e no final fomos lisonjeados pela equipa, pela forma como atuámos. Anuímos que uma avaliação concreta e o domínio de protocolos permitem a implementação de cuidados de enfermagem para manter as funções de vida vitais, monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados, assim como a qualidade e a segurança dos cuidados.

Consideramos ter alcançado as unidades de competência: **K.1.1.- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; K.1.2- Gere a administração de protocolos**

**terapêuticos complexos.** Pelo analisado acima e através dos aportes teóricos lecionados sobre: Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica; Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência; Intervenções de Enfermagem com problemas cardiovasculares e em Questões Éticas Emergentes em Questões Complexas, através dos quais consolidámos conhecimentos na abordagem e tratamento à pessoa em situação crítica, que nos possibilitou uma maior perspicácia e rapidez de atuação em processos complexos de doença crítica ou falência orgânica. Estes processos de mudança requerem, ajustamento ou adaptação por parte da pessoa e família à sua nova situação e cabe ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, promover a necessidade de respostas adequadas, em tempo útil, de formas e mecanismos de compensação. (Abreu, 2008)

No que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica acreditamos que, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros serão tanto mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e interpretação da Dor e das suas manifestações na pessoa. As narrativas pessoais e culturais, enquanto meio de comunicação de crenças e sentimentos, ajudam a moldar a experiência da dor e as práticas com ela relacionada, permitindo aos profissionais de saúde favorecer o controlo da dor. A avaliação e o controlo das variáveis psicossociais, em conjunto com as físicas, são fundamentais para assegurar o sucesso terapêutico. A dor é um fenómeno multidimensional e a universalidade da experiência da Dor é transversal à subjetividade individual, isto é, aquilo que a pessoa diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe. (Direção-Geral da Saúde, 2008a; Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Inquestionavelmente a dor deve ser avaliada com a pessoa, é uma experiência total. Cada pessoa percebe a dor de forma distinta e particular, sendo por isso a autoridade máxima na matéria. A dor é o 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003). A pessoa tem o direito ao controlo da dor, de forma a evitar o sofrimento desnecessário. O enfermeiro tem o dever de controlar a dor, contribuindo para o bem-estar e humanização dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2008a), com tratamento diferenciado da dor. Tendo como princípios orientadores

os descritos no Programa Nacional de Controlo da Dor e o Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Nunca esquecendo o envolvimento da pessoa/cuidador principal/família no controlo da dor, respeitando-lhe a sua autonomia.

Para avaliar a dor existem instrumentos unidimensionais (escala visual analógica (EVA); escala de avaliação numérica (EAN); escala qualitativa e a escala de faces) e multidimensionais (Doloplus 2; Escala PAINAD – utilizado em idosos e em idosos com demência e/ou não comunicantes; EDIN (utilizada em unidades de cuidados intensivos neonatais); NIPS (mais adequada para prematuros e recém-nascidos de termo); PIPP (útil para avaliar a dor em procedimentos); FLACC (utilizada em menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar); Escala de Faces Revista; Escala de Faces Wong- Baker, entre outras- utilizadas em crianças). As escalas unidimensionais avaliam só uma dimensão da Dor, através do autorrelato da intensidade da Dor. Pelo que é recomendável a utilização de instrumentos de avaliação multidimensionais tendo em conta a intensidade, localização e o sofrimento na sua avaliação complexa no cuidar da Pessoa com DOR TOTAL, na dimensão física, psicológica, social e espiritual. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Pelo que sabemos sobre a Dor e os fatores que a poderão influenciar, na diversidade de cada um, será o enfermeiro, sobretudo o especialista, o profissional mais desperto para a avaliação, prevenção e controlo da dor. Na sua avaliação devemos utilizar **A, B, C, D, E** como guia orientador, assim **A-** Avaliar de forma sistemática; **B-** Basear o planeamento das intervenções de acordo com a informação dada pela pessoa/família sobre a dor e como alivia; **C-** Capacitar pessoa/família para que possam controlar a situação da melhor forma possível; **D-** Distribuir e planear as intervenções de forma lógica, oportuna e coordenada para a pessoa; **E-** Escolher a estratégia terapêutica de acordo com pessoa/família. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Enquanto enfermeiros temos consciência que a avaliação da Dor não é apenas mais uma atividade, não serve somente para dar cumprimento a normas, mas similarmente, a avaliação da Dor permite-nos conhecer melhor a pessoa de quem cuidamos. Devemos englobá-la na decisão das medidas analgésicas e informá-la

das formas e horários da terapêutica analgésica e adjuvante, assim como de outras *intervenções não farmacológicas*, como: **cognitivo-comportamentais** (entre as quais o treino de habilidades de *coping*, que permite ajudar a pessoa a desenvolver habilidades para controlar e gerir a dor e o *stress*; o relaxamento com imaginação, que aumenta a atenção nas sensações de bem-estar e diminui a tensão, ansiedade e dor relacionadas com a inatividade; a distração, para desviar a atenção prestada á dor); **físicas** (entre as quais a aplicação de frio e calor, que promove o relaxamento muscular e a diminuição do processo inflamatório; a massagem, que permite o relaxamento) e de **suporte emocional** (toque terapêutico e conforto, que transmite apoio e segurança através do contato, promove o relaxamento, reduz a ansiedade e a dor). E sobretudo estarmos disponíveis para aceitar a dor que a pessoa refere como sua. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Portanto ao agirmos por estes pressupostos de atuação, na nossa prática clínica:

- ✓ Utilizamos a escala de dor adotada pelo serviço (EVA);
- ✓ Conhecemos outros instrumentos de avaliação da dor para doentes com dificuldade em comunicar como crianças e idosos;
- ✓ Identificamos sinais de dor; Gerimos medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor;
- ✓ Damos a nossa opinião, sobre o protocolo terapêutico da dor em realização para o serviço de urgência;
- ✓ Assistimos à formação do Controlo da Dor em 2009 e ao Curso Básico de Cuidados Paliativos em 2010.

Através da literatura consultada e das aprendizagens assimiladas com os aportes teóricos lecionados, nomeadamente sobre Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, permite-nos afirmar que adquirimos a unidade de competência: **K.1.3- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.**

Relativamente à assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, valoramos que cuidar em enfermagem está orientado para o que é feito com a

pessoa, como um ser único, com as suas vivências e experiências de vida. Sem esquecermos de englobar a sua família, pois qualquer doença que afeta um membro da família, afeta todos os outros, que se não for bem gerida, a família entra em situação de crise e esta para ser evitada ou reduzida, deve ser apoiada com intervenções de enfermagem de forma a diminuir as situações geradoras de *stress*, aumentar a resistência e promover técnicas que reduzam a resposta ao *stress*. O apoio emocional inclui a pessoa e a sua família. Sendo de extrema importância que os enfermeiros e a pessoa/família sejam parceiros no cuidar para que se consiga instituir um plano de cuidados adaptado e individualizado.

Concordamos que Cuidar é manter a dignidade e a individualidade da pessoa que é cuidada, e não focalizar a nossa atenção para as técnicas e para os atos que vão tratar a doença (Hesbeen, 2000). A dignidade humana é o reconhecimento de que todos têm o direito ao respeito à sua pessoa enquanto ser humano, como tal as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, na relação interpessoal enfermeiro/pessoa, ou entre enfermeiro/pessoa/família/comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2009). A enfermagem entendida como arte do cuidar é baseada no desempenho da vertente do conhecimento, saber saber; com vertente técnica das capacidades, saber fazer e vertente relacional das atitudes, saber ser ou estar, quando se quer uma visão humanística na práxis clínica e ao estabelecer relação terapêutica. (Watson, 2002)

Um dos exemplos mais emblemáticos de perturbações emocionais são as que estão associadas ao fim de vida. Como enfermeiros, diariamente lidamos com a vida e com a morte, de tal forma, que estas situações acabam por ser banalizadas. Apesar de tudo, existem momentos na nossa vida em que uma, ou outra situação, nos despertam desta letargia e também nós, pensamos na morte. Não só na dos outros, mas também na nossa. Em virtude destas situações, surge-nos uma preocupação: Qual o significado da morte, para nós próprios? E para os outros? O conhecimento destes significados, e das representações a eles inerentes, poderá constituir uma boa base, para uma maior e melhor adequação dos cuidados de enfermagem à pessoa em fase terminal e família. Já vivenciámos a amargura provocada pelo sabor da derrota, face à progressiva

degradação física daqueles de quem cuidamos. Esse sofrimento deu-nos força, enriqueceu-nos com momentos de grande intensidade e profundidade humana, momentos de grande ternura e de grande doçura. Pensamos que o espaço para morrer é, para os que querem entrar nele, e ver para além do horror, uma oportunidade inesquecível de intimidade e de amor humano. Será importante que se tenha em mente que, o fulcro da enfermagem é sempre a pessoa, sendo o seu principal instrumento a relação de ajuda, como premissa do cuidar. Este caminho pode alargar *“O nosso pensamento limitado e permitir-nos, como profissionais, desenvolver novas ideias do que significa ser humano, ser enfermeiro, estar doente, ser curado, do cuidar e ser cuidado.”* (Watson, 2002, p. 35)

A Relação estabelecida com qualquer pessoa doente nunca deverá ser superficial, distante e desprovida de interesse e afeto (estilo diretivo, que privilegia a competência científica e instrumental, utilizado em fase aguda, quando existe dor). Mas sim uma relação entre pessoas, baseada na compreensão e calor humano, na capacidade para ouvir e escutar, e em que o diálogo esteja sempre presente (estilo facilitador, que procura significados, para planear com a pessoa os cuidados). A necessidade de compreensão por parte da pessoa doente torna-se regra geral mais intensa quanto mais grave é a doença, pelo que quando já não existe a possibilidade de curar, cuidar torna-se ainda mais fundamental e assume uma relevância especial. A vida passa a ser organizada em função da doença e frequentemente pode ter de alterar os seus padrões de vida habitual, pela certeza da inevitabilidade de uma morte próxima. O que leva a que a situação do doente em fase terminal seja única e particular. Por isso, requer cuidados que vão ao encontro das necessidades do doente, que são não só de ordem física, mas também de ordem psicológica, social e espiritual. (Pacheco, 2004)

Pelo que se torna necessário definir **cuidados paliativos**, estes são cuidados prestados a doentes em “ (...) *situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, (...) até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida.*” (Direção-Geral da Saúde, 2008b, p. 5)



Analogamente a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) refere que uma pessoa que receba cuidados paliativos não é inevitavelmente uma pessoa em fase terminal, ou seja é aquela que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de três a seis meses. Por seu lado, as pessoas agónicas são, entre estes, aqueles que previsivelmente, pelas características clínicas que apresentam, se encontram nos últimos dias ou horas de vida.

Em virtude do afirmado, os enfermeiros, devem considerar na sua prática, não só os sintomas da doença, mas também, todo o contexto que circunda a doença e no qual é possível atuar (Watson, 2002), possibilitando e não permitindo que a pessoa morra sozinha, num quarto isolado ou numa enfermaria junto de máquinas sofisticadas. Este processo de cuidar implica, então, reconhecer sempre a pessoa como ser humano, com os seus limites, as suas dúvidas e os seus recursos. Trata-se da essência da profissão de enfermagem e, para atingir um cuidar profissional, é necessário que os enfermeiros reúnam determinados saberes desde o “saber fazer” ao desenvolvimento contínuo do “saber científico” ligado a um “saber ser” dotado de determinadas características, tais como, a procura constante de conhecimentos e o rigor científico (Carvalho, 2003). Desta forma, os enfermeiros efetuam múltiplas ações que são, sobretudo, apesar da relevância não menos importante da alcançada pelos atos técnicos, *“Uma dimensão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados e aos seus familiares.”* (Hesbeen, 2000, p. 47)

Para uma melhor compreensão dos cuidados em fim de vida e das necessidades envolvidas, Kubler-Ross descreveu atitudes perante a perspetiva da morte, que designou por fases e que se apresentam sucessivamente:

- ✓ Fase de confronto, em que o doente nega a fatalidade da doença;
- ✓ Fase de zanga, em que o doente se revolta pelo facto de ter uma doença incurável;
- ✓ Fase de negociação, em que o doente faz promessas no caso de vir a melhorar;

- ✓ Fase de depressão, em que o doente está triste e recusa muitas vezes a comunicação com os outros;
- ✓ Fase de aceitação, em que o doente começa a aceitar a morte (Kubler-Ross, 2008).

No entanto cada pessoa tem os seus próprios tempos, pelo que as diferentes fases poderão não se verificar em todos os doentes e, existindo podem nem sempre surgir pela ordem descrita. Então, devemos ter sempre presente que a forma como a pessoa enfrenta a proximidade com a sua morte é única, dependendo de vários fatores, como da sua personalidade, da forma como no passado enfrentou situações difíceis, do suporte familiar que dispõe, da sua compreensão do prognóstico e da relação que estabelece com os profissionais de saúde. Inquestionavelmente estes últimos deveram respeitar todos os direitos da pessoa doente em fase terminal, “ (...) *para que ela possa viver com dignidade o resto de tempo que lhe falta e para que possa também morrer com dignidade.*” (Pacheco, 2004, p. 92)

Quando o doente se encontra em fase terminal, o diálogo, a escuta, a atenção e o acompanhamento assumem um importância particular, no cuidar do doente, que deve estar envolto essencialmente na relação de ajuda, sem esquecer a família, ou pessoas significativas. Estas devem estar sempre presentes nos últimos momentos, que certamente será benéfico para ambos. Por um lado o doente ficará mais tranquilo por estar acompanhado daqueles que lhe são queridos e por não ter sido abandonado a morrer sozinho. Por outro lado, a família ao estar presente ficará mais tranquila, prevenindo sentimentos futuros que possam dificultar o processo de luto, como por exemplo o de não ter acompanhado suficientemente a pessoa (Abiven, 2001; Pacheco, 2004). Da mesma forma estamos a agir de acordo com o CDE, artigo 87.º, que se refere ao respeito pelo doente terminal, em que o enfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal de vida. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

Corroboramos com a ideia que cuidar de pessoas em fim de vida, faz-nos vivenciar e relembrar a finitude da nossa vida. As pessoas em fim de vida ensinam-nos a conhecer o valor da vida e como ela pode ser breve, bem como nos ensinam a dor sentida em cada momento que passa, que é único e precioso. Assim cuidar em fim de vida tem as suas recompensas na nossa vida como pessoas e como profissionais, ensinam-nos a viver. (Hennezel, 2007)

Consideramos adquirida a unidade de competência: **K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**, através da literatura consultada, com os aportes teóricos lecionados nos Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família; nos Cuidados ao Cliente em fim de Vida; Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem e através da prática: ao adequarmos o espaço que permita à pessoa/família exprimir as suas dúvidas/medos/sentimentos e que possa sobretudo pedir ajuda; ao interpretamos o pedido (foco) e estarmos capacitados para compreender a pessoa/família face à sua situação atual.

Relativamente à Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Estamos de acordo que Cuidar em enfermagem necessita que exista relação terapêutica, a qual constitui um pilar onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem que caminham juntos numa relação interpessoal. O enfermeiro deve estabelecer a relação terapêutica no sentido de contribuir para que o Outro adquira competências que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos. (Chalifour, 2008)

Similarmente a comunicação é fundamental para a pessoa/família enquanto ser social e para estabelecer a relação. Permite a transmissão de informação de forma compreensível para cada pessoa/família, que visa dar resposta aos objetivos da pessoa. Só ela tem a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si (Lazure, 1994). Corroboramos com a ideia de que a comunicação estabelecida entre enfermeiros e pessoa/família é uma ferramenta necessária, para aliviar sentimentos de solidão, satisfazer necessidades de informação reduzindo sentimentos de medo, ansiedade e *stress*,

contribuindo para o que é essencial, os cuidados de qualidade. (Hesbeen, 2001; Phaneuf, 2005)

Verificamos no entanto, que para muitos profissionais de saúde, a melhor forma de proteger a pessoa e de a ajudar, é nunca lhe dizer a verdade a que tem direito (se assim o desejar), sobretudo quando se trata de uma má notícia. Defendendo que quanto menos souber sobre a sua doença, melhor será para ela (Pacheco, 2004). No entanto esta é uma realidade bastante ultrapassada. Importa sim ponderar cada situação em particular, perceber se a pessoa/doente quer ou não saber a verdade, respeitando sempre que possível a sua vontade. A verdade transmite-se de diferentes formas, não só por palavras, mas também por gestos, atitudes, expressões faciais, pela hesitação e pelo silêncio dos profissionais (Kubler- Ross, 2008). Os profissionais de saúde deverão ter sempre presente que a verdade deve ser transmitida de forma lenta e gradual, sempre acompanhada de uma atitude de escuta, compreensão, conforto e companhia. É imprescindível tranquilizar sempre a pessoa, nunca retirar a esperança e que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade. Salienta-se aqui a pertinência do consentimento livre e esclarecido. Constatamos que a transmissão de más notícias é encarada com alguma dificuldade por maior parte dos profissionais de saúde, pela complexidade das emoções que lhe estão associadas. Por outro lado, existe um défice de formação e preparação nesta área, o que acentua muito os receios dos enfermeiros e médicos em transmitir a má notícia. Elementos como a empatia, compreensão, interesse e relação terapêutica são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto, no qual a pessoa/família se a primeira assim o desejar terá um conhecimento da sua doença e diagnóstico, em função da sua autonomia.

Certamente que a comunicação de más notícias “*É aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do utente em relação ao futuro.*” (Pereira, 2008, p. 44), as más notícias são recebidas de forma diferente por cada pessoa/família, devido á sua individualidade, pois são do domínio subjetivo, dependentes das experiências de vida individuais, da personalidade, das crenças espirituais, da perceção do seu suporte emocional, familiar e social. Estamos de acordo com o **protocolo de Buckman** de como dar más notícias à pessoa/família, pois fornece-

nos linhas orientadoras fundamentais, para que possamos desenvolver a comunicação nesta área problemática. Sem dúvida que para conseguirmos uma comunicação eficaz de más notícias, é fulcral:

- ✓ A escolha do momento certo;
- ✓ Utilizarmos linguagem clara, acessível e compreensível, após uma adequada avaliação e preparação inicial;
- ✓ Comunicar a má notícia de forma gradual;
- ✓ Deve-mos ser realistas;
- ✓ Adotarmos uma atitude humana, que oferece um apoio e suporte emocional às pessoas que recebem tais informações;
- ✓ Devemos garantir um encaminhamento da pessoa/família para a continuidade de cuidados, contribuindo para a melhor adaptação e resolução de cada caso. (Buckman, 1992)

A comunicação de más notícias, como qualquer outra técnica de enfermagem, deverá ser aprendida, trabalhada e aperfeiçoada.

Consideramos ter adquirido a unidade de competência: **K.1.5- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde**, através do relatado acima, dos aportes teóricos: de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, assim como nos Cuidados em Situação de Crise - Cliente e Família e na nossa práxis. Pelo que: Fundamentamos teoricamente as intervenções de enfermagem (Lazure, Chalifour e/ou outros autores da Relação de Ajuda); Mostramos disponibilidade para escutar; Adequamos espaço para a comunicação interpessoal; Adaptamos a comunicação a cada pessoa; Identificamos fatores que promovem a comunicação; Arranjamos estratégias facilitadoras de comunicação quando existem barreiras, como é o caso da pessoa com disartria, com ideação suicida; Adquirimos conhecimentos sobre o tema em concreto da Comunicação de Más notícias através de pesquisa bibliográfica e com o conhecimento da norma existente no nosso hospital.

Por conseguinte é necessário que façamos a gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência

orgânica, porque o enfermeiro que verdadeiramente cuida, não se limita a executar tarefas, ele deve ser capaz de compreender de forma holística a pessoa que está a cuidar. É neste propósito que a enfermagem adquire o seu expoente máximo de humanização. Logo cuidar em enfermagem necessita que estabeleçamos relação terapêutica. Esta significa estar com, que implica presença, reciprocidade ativa para que a pessoa/família no respeito pela sua autonomia, descubra e encontre caminhos que promovam a mudança, para o futuro. O enfermeiro deve desenvolver uma relação terapêutica, com habilidades que se traduzem em comportamentos articulados com as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais (Chalifour, 2008), o que torna a sua transação eficaz, na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes.

Por consequência o cuidar espiritual como ajuda às pessoas em fim de vida, reconhece a importância que a espiritualidade assume nesta fase do ciclo de vida, com uma abordagem envolta em compreensão, para uma prática de cuidar holístico. Este contempla a pessoa como unidade integrada (física, psíquica, social e espiritual). O domínio espiritual representa uma parte significativa da dimensão humana (intrínseca ao ser humano), através da qual a pessoa percorre um caminho na descoberta de um sentido para a vida, encontrando significado nas experiências vividas. A dimensão espiritual é confundida, na maioria das vezes, com o fenómeno religioso. No entanto, o seu significado ultrapassa a religiosidade, é uma energia que confere sentido às manifestações de cada pessoa. (Hennezel, 2007)

A prática do cuidar em enfermagem deverá englobar a espiritualidade da pessoa. Este mesmo cuidar responde à interioridade da pessoa e a sua ação promove e ajuda a que esta encontre o sentido, o significado da existência, em contextos de doença, dor e sofrimento. Analogamente enfermagem assume-se, como um processo intersubjetivo de transações interpessoais, no qual a vontade, o comprometimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro é essencial. Essa relação de ajuda, que envolve valores, vontade, compromisso, conhecimentos e ações cobertas de afeto, por parte do profissional de saúde, é capaz de conceber sentimentos positivos na pessoa que sofre e permitir que a

relação entre a pessoa doente e enfermeiro tenha um significado para o seu sofrimento (Watson, 2002). Assim os enfermeiros devem conjugar as competências práticas, as científicas e as relacionais, no sentido de compreenderem e desenvolverem aptidões que lhes permitam cuidar pessoas de diversas culturas, com diversos estilos de vida, diferentes valores e diferentes crenças.

Sob o mesmo ponto de vista, a espiritualidade é, assim, observada como uma ponte entre a perda de esperança e a procura da vida com significado (Frias, 2003). Traduz-se num conceito universal, que abrange toda a dimensão do ser humano com uma procura para a sua compreensão holística. Logo, se compreende que cada pessoa desenvolva a sua espiritualidade de diversas e determinadas formas muito individuais e particulares. Anuímos, portanto, que o significado atribuído por cada um pode ajudar a ultrapassar, uma situação de doença, ao procurar alívio para os seus medos e preocupações, descobrindo uma finalidade e reajuste às pequenas alegrias do dia-a-dia. Todavia, a necessidade de uma pessoa descobrir o significado e o objetivo para a vida ou a necessidade de atribuir significado às experiências da vida, incluindo o processo de doença, é uma necessidade espiritual.

Assim sendo, a dimensão espiritual da pessoa deve ser entendida, como algo que transcende as dimensões físicas e psicossociais, conferindo-lhe, acima de tudo, sentido à vida. Deste modo, é importante que o profissional de saúde, ao efetuar a planificação de cuidados à pessoa, reflita sobre a importância de compreender a dimensão espiritual, de modo a satisfazer as necessidades espirituais, pois assume, em muitas das situações, uma importância por vezes superior às necessidades fisiológicas ou psicossociais, pois não é apenas a dor física que pode levar à morte, mas também o sofrimento espiritual, quer pelo desespero, quer pela perda do sentido da vida (Lourenço, 2004). Mas para que os enfermeiros consigam implementar o cuidado espiritual é primordial que reflitam sobre a própria espiritualidade, para aceitar a do outro. O enfermeiro precisa de estar atento às suas experiências de vida, continuar a busca do seu significado de vida e da sua espiritualidade, de forma a refletir na forma como “*Se faz o que se faz.*” (Riley, 2004, p. 222)

Neste sentido, encetamos esforços na nossa práxis, para que a equipa de enfermagem, englobe de forma cada vez mais pertinente e ativa, na sua prestação de cuidados diária, a identificação das necessidades espirituais da pessoa. Essa identificação deverá acontecer quando existir um ambiente de aceitação e apoio entre a pessoa e o enfermeiro para que a relação de ajuda seja estabelecida, e a pessoa cuidada compreenda e sinta, que estão a ser respeitados os seus princípios e mantida a sua integridade.

Partindo das assunções, valoramos que o exercício profissional deve abraçar o compromisso de respeitar os valores, costumes e religiões, previstos no CDE (2009), no artigo 81.º, referente aos valores humanos, alínea a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa e alínea f) Criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos; e no artigo 82.º, referente ao direito à vida e à qualidade de vida, alínea b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e alínea c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida. Assim, para uma prática de cuidados holísticos, o enfermeiro deverá estar consciente da espiritualidade e padrões culturais de cada pessoa, prestando cuidados individuais que se identifiquem com as preocupações da mesma, ou seja, que respeitem as questões culturais, as étnicas e/ou as religiosas, cumprindo-se, desta forma, o artigo 2º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Para tal é solicitada sensibilidade por parte dos enfermeiros para lidar com as diferenças, tendo presente que bons cuidados de enfermagem têm significados diferentes para diferentes pessoas. (Ordem dos Enfermeiros, 2003)

Pensamos estar em condições de afirmar que adquirimos a unidade de competência: **K.1.6- Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.** Mais uma vez foi de extrema importância o aporte teórico de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem e Espiritualidade em Cuidados de Enfermagem, para solidificar esta competência, que nos permite: Estabelecer relação terapêutica a partir do pedido de ajuda da pessoa/família englobando-os nos cuidados; Realizar ensinamentos adequados; Mostrar disponibilidade para a relação.



Passamos de seguida a analisar o conhecimento assimilado, sobre situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

Os planos de emergência de proteção civil, de acordo com a extensão territorial da situação afetada, são nacionais, regionais, distritais ou municipais. (Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), 2008)

O Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil (PDEPC), para o Distrito de Setúbal, é o instrumento que a Comissão Distrital de Proteção Civil (CDPC), dispõe para o desencadeamento das operações de Proteção Civil, com vista a possibilitar uma unidade de direção e controlo, garante a coordenação das ações a desenvolver e a gestão dos meios e recursos mobilizáveis, face a um acidente grave ou catástrofe, de origem natural ou tecnológica, com o objetivo de minimizar os prejuízos, as perdas de vidas e o restabelecimento da normalidade. (Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), 2010)

Este Plano está descrito num documento elaborado com o intuito de preparar um conjunto de medidas e atuações, tendo em vista uma adequada solução para os problemas, que poderão vir a afetar o Distrito de Setúbal.

É um plano de carácter geral ajustado à realidade do Distrito em matéria de riscos e vulnerabilidades a que o mesmo está mais sujeito, como sejam os acidentes industriais graves, os fogos florestais e ocorrências sísmicas dada a natureza do seu território e tipologia de indústrias nele implantado, tendo como objetivo fundamental estabelecer princípios orientadores de ação dos diferentes intervenientes, nas áreas de socorro, assistência e de recuperação, procurando otimizar a coordenação das atividades e ações a desenvolver, potenciando as suas capacidades e consequentemente, tirar o máximo rendimento da sua ação, evitando esforços desnecessários e empenhamento de meios supérfluos.

Em caso de acidente grave ou catástrofe o Governador Civil aciona o mecanismo distrital de atuação, através da ativação da CDPC, enquanto o Comando Distrital de Operações de Socorro (CDOS), ativa de imediato o Centro de Coordenação Operacional Distrital (CCOD), por forma a garantir uma ligação constante com todas as forças empenhadas na gestão das operações de Proteção Civil no teatro de operações. (ANPC, 2010)

Também o plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC) do Município, tem como objetivo possibilitar as ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a utilizar e a adequação das medidas a adotar.

A localização geográfica com dispersão de aglomerados populacionais e a existência de vários parques industriais, expõe o Concelho a diversos riscos, naturais e tecnológicos (sismos, cheias e inundações, derrame de matérias perigosas em trânsito pelo município, incêndios urbanos, acidentes rodoviários e marítimos, fenómenos meteorológicos extremos e eventuais atentados), que justificam um planeamento atualizado, para uma resposta rápida, eficaz e coordenada. (Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC), 2003)

Os planos de emergência de proteção civil são documentos que definem as orientações de atuação necessários à resposta e à reposição da normalidade, de modo a minimizar os efeitos de um acidente grave ou catástrofe nas pessoas, na economia, no património e no ambiente. São documentos que organizam, orientam, agilizam e uniformizam as ações necessárias para dar resposta à emergência. (Comissão Nacional de proteção Civil, 2008)

Ao adquirirmos a unidade de competência: **K.2.1- Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência**, foi necessário:

- ✓ Conhecer o Plano Nacional e Distrital para Catástrofe e Emergência;
- ✓ Assim como conhecermos o Plano de Emergência e Catástrofe (PEI) da instituição, através de suporte informático e em formação em serviço em 2012 com simulacro na utilização de extintores (Anexo VII).

No âmbito funcional do PEI do Hospital Alentejano, permitiu-nos lembrar alguns procedimentos de atuação, como: Em caso de verificar algum risco inerente às instalações associados à ocorrência de Incêndio; Explosão; Corte parcial de energia; Corte parcial de água; Falha de abastecimento de gases medicinais; Ameaça de bomba/pacote suspeito; Emissão de gases, vapores ou partículas; Inundação; Incidente de violência ligar de imediato o 1115 – Número de Emergência Interno (Central de Segurança). Este nº de Emergência Interno desencadeia todos os procedimentos inerentes ao PEI,

nomeadamente: Aviso imediato ao Delegado de Segurança; Aviso imediato à Presidente do CA; Aviso imediato ao Elemento de Prevenção do CA; Chamada de ajudas externas – Bombeiros, GNR, Piquete de água, EDP ou Proteção Civil;

- ✓ Conhecemos as saídas de emergência do serviço, a localização dos extintores (estão devidamente identificados e dentro da data);
- ✓ Fazemos parte do grupo de intervenção com extintores na instituição;
- ✓ Colocamos em prática em caso de falha do sistema informático o plano protocolado para o serviço;
- ✓ Adquirimos conhecimentos na área de catástrofe e planos de emergência com presença nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, em 2011 (Anexo VIII) em que dois dos temas focados foram Emergência e Catástrofe - Situações de Exceção, Posto Médico Avançado e Plano de Emergência e Catástrofe. Ficámos com a informação de que o Plano Nacional de Emergência está a ser revisto, pois “Planear é Antecipar”.

Analogamente planear a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe é de extrema importância, e para tal é necessário o conhecimento aprofundado do PEI, para que possamos atuar de acordo com o que é esperado de nós, na Gestão dos cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe.

No que concerne ao PEI, as orientações e determinações que constam do plano (conjunto de ações ordenadas e regras de procedimento) são para realizar por todos os colaboradores do Hospital, em caso de sinistro.

É da nossa opinião que o período mais crítico em termos de ocupação coincide com o turno da manhã, período no qual se concentram as consultas, exames, tratamentos, visitas às pessoas internadas. Este período abrange também o horário mais frequente de trabalho do pessoal do hospital, pelo que podemos admitir que existe um maior número de trabalhadores, para organizar e levar a cabo uma eventual evacuação dos serviços/edifício.

O turno da tarde e especialmente o da noite são críticos do ponto de vista da evacuação, pelo número reduzido de trabalhadores, que assegura os serviços, que poderá não ser suficiente face ao número de doentes acamados, com mobilidade reduzida. No entanto, se existir articulação entre os diversos serviços do hospital, o pessoal afeto ao serviço sinistrado pode sempre solicitar o apoio do pessoal dos serviços mais próximos, aumentando assim os recursos disponíveis para realizar uma eventual evacuação.

Pelo que constituem **deveres de todo o pessoal:**

- ✓ Estar informado do risco geral e particular nas distintas áreas;
- ✓ Conhecer e cumprir as Instruções Gerais de Segurança;
- ✓ Informar o Chefe de Intervenção, ou qualquer membro das Equipas de Emergência, sobre qualquer anomalia que possa vir a provocar um sinistro ou que possa comprometer a segurança da evacuação, nomeadamente: Obstruções nos caminhos de evacuação; Existência de equipamento de proteção (Extintores, Boca-de-incêndio ou Botões Manuais de Alarme) em mau estado de conservação; Equipamentos e condutores elétricos em mau estado de conservação; Danos nas redes de distribuição de produtos gasosos ou líquidos; Qualquer outra situação que possa comprometer a segurança do edifício ou dos seus ocupantes;
- ✓ Contribuir para manter os caminhos de evacuação desobstruídos e em condições de segurança adequadas;
- ✓ Conhecer o Plano de Evacuação do hospital;
- ✓ Conhecer a localização de escadas; extintores de Incêndio; boca-de-incêndio; pontos de reunião (no nosso serviço é junto ao parque de descarga de material para a farmácia);
- ✓ Conhecer os membros das diversas Equipas de Emergência, da sua área de trabalho; perante um eventual sinistro, emitir de imediato o Alarme, por telefone à Central de Segurança (1115), indicando o local e a área afetada;
- ✓ Receber e cumprir as instruções dadas pelo Diretor de Emergência, Chefe de Intervenção, ou qualquer membro das Equipas de Emergência. (PEI, 2009)

A função das equipas de Evacuação é assegurar a evacuação total e ordenada do seu serviço e garantir que o alarme foi transmitido e entendido por todos os ocupantes da sua área de responsabilidade.

Os elementos da Equipa de Evacuação A, em cada serviço, são nomeados no momento pelo Coordenador de Evacuação - o Chefe da Equipa de Enfermagem de cada Serviço ou na sua ausência o 2º elemento da equipa.

As Equipas de Evacuação – B são compostas essencialmente por profissionais com funções no âmbito dos cuidados de saúde. A função é assegurar a evacuação das pessoas internadas. Os Coordenadores de Evacuação são os Chefes de Equipa de Enfermagem, nos serviços, estes elementos acumulam funções de coordenação e de chefia da Equipa de Evacuação – B do seu serviço. A prioridade na evacuação de pessoas internadas é em:

- ✓ 1º Lugar evacuar as pessoas sem dificuldades na mobilidade;
- ✓ 2º Lugar evacuar as pessoas sem mobilidade, a maior distância da saída;
- ✓ 3º Lugar evacuar as pessoas sem mobilidade a menor distância da saída.

Para que seja possível o conhecimento das prioridades de evacuação do serviço, por parte da equipa de enfermagem, achámos pertinente a elaboração de um fluxograma de atuação na evacuação do serviço de urgência (Apêndice 18), que se encontra afixado na sala de pausa de enfermagem.

Assim com as conjugações aditivas, que retirámos da leitura e análise do PEI do nosso hospital, conseguimos identificar os fatores de risco internos e externos, reconhecer a estrutura orgânica da segurança em situações de emergência, as diferentes equipas de intervenção e respetivas funções, assim como o plano de evacuação e de comunicação em situação de emergência.

Concordamos estar em condições de afirmar que adquirimos as unidades de competência: **K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe e K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe**, pelo relatado acima, com os aportes lecionados no Seminário de Peritos (Catástrofe) e com a nossa prática clínica:

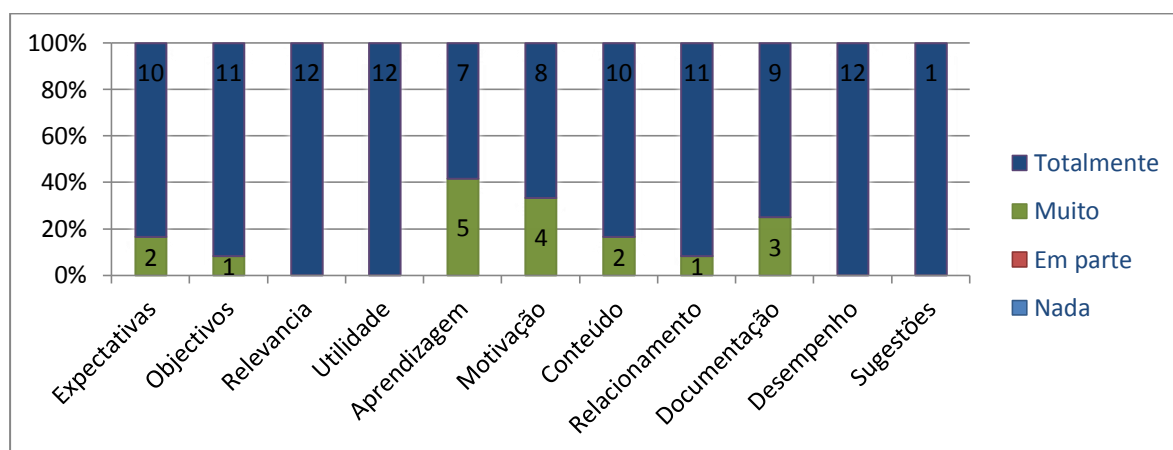
- ✓ Conhecemos e aplicamos o fluxograma da Triage de Manchester para uma emergência/catástrofe externa em situações de multi-vítima no serviço de Urgência;
- ✓ Verificamos os Kits de catástrofe do serviço semestralmente;
- ✓ Conhecemos o PEI;
- ✓ Lideramos e gerimos como chefe de equipa a resposta a situações de catástrofe e multi-vítima, como foi o caso de um despiste de trator com crianças deficientes motoras e mentais, num parque temático e a queda de bancada num espetáculo musical numa feira, em que num curto espaço de tempo, tivemos mais de 20 vítimas no serviço de urgência;
- ✓ Fazemos a redistribuição de postos da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais de acordo com as necessidades das vítimas;
- ✓ Pedimos colaboração do serviço de imagiologia e do laboratório e articulamo-nos com os restantes serviços de forma a dar resposta adequada e atempadamente;
- ✓ Introduzimos medidas corretivas quando não existe conformidade de atuação; Reportamos a situação de emergência multi-vítima ou catástrofe a instâncias hierárquicas superiores.

Outra preocupação constante que temos em conta na nossa práxis clínica é maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, assim:

- ✓ Somos o elo dinamizador do serviço de urgência com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI);
- ✓ Conhecemos e divulgamos o plano de ação da CCI;
- ✓ Estabelecemos estratégias pró-ativas a implementar no serviço, como a aquisição de cortinados para a Sala Aberta e Serviço de Observações (SO) para individualização dos cuidados e prevenção do controlo de infeção no serviço, visto que a distância entre macas é inferior a 1,5m;

- ✓ Provimos junto da Enfermeira Responsável do serviço, a implementação em todas as camas, macas do SO e espaços de trabalho suportes para aplicação de soluções alcoólicas para higienização das mãos;
- ✓ Frequentámos o Curso da CCI da instituição, último em 17 e 18 de Outubro de 2011 (Anexo IX) no qual foi lembrado um acrónimo para utilizar na prevenção da pneumonia associada aos cuidados de saúde, **A MENTE: A** de acordar- evitar a sedação; **M** de mãos- higienização das mãos; **E** de elevação- elevar cabeceira a 45º; **N** de nutrição; **T** de tubos- evitar e **E** de educação- a formação deve estar atualizada. (Filipe, Froes, [et.al.], 2007)
- ✓ Elaborámos a norma da prevenção da infeção associada ao cateterismo periférico em 2010 e iremos fazer a sua revisão em 2013;
- ✓ Elaborámos durante o estágio a check list para avaliação da norma da Prevenção da Infeção Associada ao Cateterismo Periférico (Apêndice 19);
- ✓ Fizemos formação sobre a mesma em sala de aula nos Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas e em formação em serviço dia 27 de Junho de 2012 (Anexo X), por termos constatado que na nossa prática clínica os procedimentos não se encontravam conforme a norma. E sabemos que a utilização de dispositivos intravasculares tornou-se indispensável nos cuidados de saúde, quer em situações agudas, quer em situações crónicas, no entanto a sua utilização não é isenta de complicações (tromboflebites e septicémias). A principal estratégia para a redução de infeções associadas ao cateterismo periférico é a racionalização da sua utilização criteriosa, a consciencialização dos profissionais dos riscos inerentes e a adesão às medidas de controlo de infeção (PNCI, 2006; EPIC Nacional Evidence, 2008, DGS, 2011). Assim, as recomendações descritas na norma estão divididas em 5 níveis de intervenção, com grau de evidência inerente: seleção do cateter; seleção do local de inserção; técnica assética e desinfeção cutânea prévia à inserção do cateter; manutenção do cateter e do local de inserção; remoção/substituição do cateter;
- ✓ Construámos os diapositivos para a formação que foram alterados de acordo com as sugestões da nossa Professora Orientadora (Apêndice 20);

- ✓ Elaborámos o plano da sessão (Apêndice 21), que foi cumprido em termos de conteúdo e tempo. Tivemos a presença de 12 enfermeiros do serviço (Anexo XI);
- ✓ Fizemos a avaliação da sessão de formação onde utilizámos o questionário de avaliação final da ação, fornecido pelo Centro de formação do Hospital, já referenciado atrás, que passamos a analisar os itens mais pertinentes através do gráfico nº 3.



**Gráfico 3 - Análise estatística da avaliação final da formação**

Da análise do gráfico nº 3, destacamos que à questão 1: A ação de formação correspondeu às suas expectativas, 10 (83,3%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente, apenas 2 (16,6%) respondeu que correspondeu muito. À questão 2: Qual a opinião relativamente ao objetivo da formação, 11 (91,7%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente, apenas 1 dos formandos (8,3%) respondeu que correspondeu muito. Às questões 3; e 4: No decorrer da formação, qual a opinião relativamente à relevância do tema e à utilidade para a prática, em ambas as questões, 12 (100%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente. À questão 5: Qual a opinião relativamente à aprendizagem, 7 (58,3%) dos formandos respondeu que correspondeu totalmente, 5 (41,7%) responderam que correspondeu muito. À questão 6: Qual a opinião relativamente à motivação, 8 (66,7%) respondeu que estavam totalmente motivados, 4 formandos (33,3%), responderam que estavam muito motivados. À questão 7: Qual a opinião quanto ao conteúdo da formação,



10 (83,3%) dos formandos responderam que correspondeu totalmente, somente 2 (16,6%), respondeu muito. À questão 8: Qual a opinião quanto ao relacionamento entre os participantes, 11 (91,7%) responderam que foi totalmente participativa, 1 (8,3%) respondeu que foi muito participativa. À questão 9: Qual a opinião quanto à documentação recebida, 9 (75%) responderam que foi totalmente pertinente, apenas 3 (25%) respondeu que foi muito pertinente. À questão 10: Qual a opinião quanto ao desempenho global dos formadores, 12 (100%) dos formandos respondeu que correspondeu totalmente. À questão 11: Comentários/Sugestões, apenas 1 (8,3%) dos formandos deixou sugestões como: a formação deveria ser replicada a todos os enfermeiros da equipa e sempre que se justificar.

Concluimos que a ação de formação correspondeu totalmente às expectativas de 10 formandos (83,3%). Quanto à relevância do tema e à utilidade para a prática e aos progressos na aprendizagem com a formação 12 (100%) refere ser totalmente relevante. Tendo sido evidente a participação dos formandos na partilha de experiências e no esclarecimento de dúvidas relacionadas com a operacionalização da norma. De enaltecer a atitude interativa da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Responsável pelo serviço com a equipa, motivando-a e salientando a pertinência e aplicabilidade da norma.

Com toda a certeza que formação e informação dos profissionais é um garante da segurança e qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde. A formação e treino dos profissionais de saúde relativamente às boas práticas são fundamentais para a prevenção e controlo das IACS (Infeções Associadas aos Cuidados de saúde) e as normas orientadoras das boas práticas, constituem-se como padrões de referência para os profissionais de saúde na sua prática clínica. (PNCI, 2011)

Concomitantemente concebemos um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e lideramos o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, através da nossa prática clínica, pois:

- ✓ Conhecemos o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções (PNCI), associadas aos Cuidados de saúde. Este é um programa de intervenção a nível nacional, proposto pela Direcção-Geral da Saúde, “ (...) *para aplicação nas unidades de saúde, com o objectivo global de prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).* ” (PNCI, 2011, p. 6)
- ✓ Somos o elo dinamizador do serviço com a Comissão de Controlo de Infecção (CCI), a referência para a equipa quando surgem dúvidas sobre prevenção e controlo de infeção;
- ✓ Estabelecemos os procedimentos e circuitos na prevenção e controlo face às vias de transmissão, de acordo com cada tipo de isolamento;
- ✓ Colaborámos na implementação do Plano de contingência da Gripe A no serviço;
- ✓ Implementamos e fazemos cumprir as normas de procedimento elaboradas pela CCI e homologadas pelo CA;
- ✓ Diagnosticamos lacunas de formação da equipa na área da IACS;
- ✓ Elaborámos relatórios sobre o uso das luvas no serviço;
- ✓ Atualizamos a pasta da CCI no serviço, com todas as normas de procedimento homologadas, acessível a toda a equipa do serviço de urgência;
- ✓ Elaboramos resumos das reuniões mensais dos elos de ligação da CCI e enviamos para os colegas do serviço;
- ✓ Colaboramos com a enfermeira responsável pelo serviço na elaboração e supervisão do plano de limpeza do serviço;
- ✓ Somos coordenadora Adjunta da campanha da Higienização das mãos (HM) da Instituição;
- ✓ Monitorizamos, registamos e avaliamos medidas de prevenção e controlo implementadas, esta monitorização tem como objectivo avaliar o cumprimento das normas ou recomendações estabelecidas, constantes do Manual de Procedimentos da unidade de saúde, bem como, avaliar o nível de adesão dos profissionais às boas práticas (PNCI, 2011);
- ✓ Participámos na implementação da Campanha Nacional de HM no SU, que decorreu entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2012 (Anexo XII). A HM é uma

ação muito simples com um impacto significativo na diminuição das IACS. Os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática na redução das IACS.

Na realidade as IACS são um problema cada vez maior. Os doentes apresentam-se cada vez mais vulneráveis às doenças infecciosas, porque apresentam doenças cada vez mais graves. Este problema agrava-se com o incumprimento das regras de boa prática no que diz respeito à HM. O ambiente em que se prestam os cuidados também tem o seu contributo: como a falta de profissionais, altos níveis de ocupação de camas hospitalares, e as altas cada vez mais precoces, originam novos riscos de infeção. (DGS, 2010)

Pensamos estar em condições de afirmar que adquirimos as unidades de competência **K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, que foram consolidadas com aportes teóricos lecionados sobre os Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas e que aplicamos na nossa prática clínica, ao encetarmos esforços no sentido de fazer cumprir e registar os procedimentos realizados ao nível do controlo de infeção, em particular, da infeção associada aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ao tornarmo-nos um modelo, uma referência para a equipa de enfermagem e um agente de mudança de comportamentos que visem uma prestação de cuidados baseada na evidência.

Em resumo, pelo descrito no projeto de aprendizagem de competências/clínica consideramos que adquirimos as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, ao longo de todo o Curso de Mestrado, uma vez que o processo de aprendizagem não é um momento isolado, é contínuo, e despoletou-nos capacidades para aprender a aprender, que acreditamos serem de extrema importância no caminho que se espera de

referência, competência e excelência, para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 8.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Ao longo deste subcapítulo procuraremos dar resposta ao Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, artigo 18.º, nº 4, que preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, a aquisição de uma especialização de natureza profissional. Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, apresentamos e analisamos as competências desenvolvidas no sentido de assegurar que somos mestres em enfermagem médico-cirúrgica.

Estas competências incluem:

#### **1 - Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

Corroboramos com a ideia que competência profissional é um processo que se desenvolve no percurso da vida, com estreita relação entre os saberes práticos, os teóricos adquiridos na práxis clínica e na aquisição de saberes significativos através da andragogia, para aplicar no quotidiano, de forma a agir eficazmente numa situação específica (Boterf, 2003). Logo estamos a dar resposta ao CDE, artigo 78.º, alínea e), as intervenções de enfermagem na relação profissional requerem competência e aperfeiçoamento profissional. O profissional não pode ser somente detentor de conhecimentos, de capacidades e de atitudes, deve saber mobilizá-los no contexto profissional, para uma prática de cuidados de qualidade. Que requer uma atenção particular, o respeito, a preocupação pelas pequenas coisas que fazem sentido para a situação que a pessoa doente está a viver. Porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos de “ (...) *múltiplas acções que são sobretudo apesar do, lugar tomado pelos gestos*

*técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares (...).» (Hesbeen, 2000, p. 47)*

Portanto numa perspectiva ética, a relação entre quem cuida e é cuidado baseia-se em princípios e valores, que incrementam a preocupação pela dignidade humana, o verdadeiro pilar, a partir do qual, decorrem os outros valores (a igualdade; a liberdade; a verdade; a justiça; o altruísmo; a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional) e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções de enfermagem (CDE, 2009, artigo 78.<sup>o</sup>).

Relacionado com questões éticas emergentes em cuidados complexos, pudemos elaborar um algoritmo de decisão acerca da administração de transfusão de sangue em pessoa testemunha de jeová. Onde se concluiu que a transfusão de sangue, caso a pessoa se encontre consciente, iria necessitar de obtenção de consentimento informado, respeitando o princípio da autonomia (respeitar a tomada de decisão da Pessoa e só dela), caso a pessoa se encontre inconsciente, não podendo dar o consentimento, a decisão será médica ao existir risco de vida. O Enfermeiro deve participar nos cuidados, tendo em conta o princípio da beneficência (Fazer o Bem), ou seja agir no sentido da proteção da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Pelos pressupostos de atuação agimos de forma a adotar uma tomada de decisão segura.

Na área da prática e da formação clínica dos enfermeiros, envolta na qualidade de cuidados, na aprendizagem em estágio clínico emergiu a Supervisão Clínica na área de enfermagem, uma abordagem pedagógica na formação de enfermeiros. A supervisão de cuidados compreende um processo com o objetivo de apreciar situações-problema, pelo supervisionado e pelo supervisor, no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados para o desenvolvimento de competências para cuidar com qualidade. (Abreu, 2007; Deodato, 2010)

Anuímos que a supervisão clínica é um processo, em que o supervisor é uma pessoa experiente e bem informada, que orienta outra no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional através de procedimentos de reflexão e

experimentação, que visam o desenvolvimento de competências, promovendo uma atitude de confiança e responsabilidade pela qualidade do seu desempenho (Alarcão e Tavares, 2003). No decorrer do nosso percurso profissional somos responsáveis pela cointegração de novos elementos que sejam incorporados na nossa equipa, assim como pela orientação de estudantes em estágio clínico, onde desenvolvemos a supervisão clínica, é uma tarefa muito gratificante, uma vez que a formação de estudantes de enfermagem é o reconhecimento da qualidade dos nossos cuidados prestados, por parte da nossa chefia de serviço, somos um elemento de referência, para orientar, acompanhar, supervisionar e avaliar os estudantes, facilitando a realização dos objetivos dos estágios.

No sentido de consolidarmos aprendizagens sobre a supervisão de cuidados, em sala de aulas, elaborámos o registo de uma sessão (Apêndice 22), onde identificámos a situação problemática, levantámos problemas/diagnósticos de enfermagem, definimos os resultados esperados e planeámos intervenções, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE v. 1.0, 2006), fundamentámos com base no CDE, nos princípios éticos, nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em bibliografia pertinente à situação problemática. Por fim, fizemos a avaliação dos cuidados à situação da pessoa.

Admitimos que a prática da enfermagem, cuidar, vem evidenciando, ao longo dos anos, necessidade da construção de uma linguagem própria, precisa e consensual, para valorizar a área do conhecimento humano. Tendo sempre em mente, que os registos são a única prova escrita, que demonstra a atuação do enfermeiro, portanto faz todo o sentido, a preocupação em expressá-la da melhor forma possível, uma vez que “ (...) *compreende todos os registos escritos (...) de dados relevantes produzidos pelos profissionais de enfermagem para documentar os cuidados prestados ou comunicar informação relevante para os cuidados de uma pessoa em particular.*” (Cruchinho, 2008, p. 27), de extrema importância para a dignificação e desenvolvimento do cuidar em enfermagem. Que está facilitado com os sistemas de classificação para a prática de enfermagem, utilizando a CIPE, esta ferramenta consiste numa classificação de fenómenos de

enfermagem, ações e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que descrevem a prática.

Sendo a CIPE, uma linguagem classificada para ser utilizada por enfermeiros, facilita a comunicação entre profissionais, uma vez que existe uniformização da mesma, anulando interpretações dúbias, desenvolve a investigação em enfermagem, dando visibilidade às práticas dos enfermeiros, o que contribui para a qualidade dos cuidados, num processo que se coaduna com a formação contínua para a melhoria e enriquecimento da profissão (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009). Está expresso no CDE, no artigo 88.º - Da excelência do exercício alínea c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Ao refletirmos sobre as aprendizagens, estamos de acordo que os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são altamente qualificados e desenvolvem-se num ambiente complexo, o que exige dos enfermeiros uma resposta eficaz às necessidades identificadas de forma a manter as funções básicas de vida, de modo a prevenir complicações e limitar incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Pelo que o enfermeiro deve ter em conta a singularidade do ser humano, tentar perceber a sua trajetória de vida, de forma, a planear as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Ao identificar os problemas da pessoa, a atuação tida em relação aos mesmos e os resultados obtidos, pretendemos dar continuidade aos cuidados de enfermagem que otimizam a segurança, focalizam a qualidade e a satisfação de quem presta cuidados e de quem os recebe, adaptando a gestão dos cuidados a cada situação e ao contexto em que se desenvolvem. Em virtude do referido, estamos a agir de acordo com CDE, artigo 88.º- Da excelência do exercício, alínea e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos e com o artigo 89.º - Da humanização dos cuidados. Eficiência, humanização e resposta atempada são três atributos valorizados na prestação de cuidados de qualidade, com consciência de que é um desafio constante, que passa pelo *empowerment* de forma partilhada e motivada, dos profissionais, das pessoas doentes e das

instituições. Mas sobretudo deve ser sentida e vivida pelas pessoas doentes. “A qualidade é como a beleza, ela está nos olhos de quem olha.” (Hesbeen, 2001, p. 49)

Partindo destas assunções, pensamos ter adquirido a competência de mestre acima mencionada e interrelacioná-la com as unidades de competência comuns: A1.1- *Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*; A2.1- *Promove a proteção dos direitos humanos*; C1.1- *Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão*; C1.2- *Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*; D2.3- *Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho*. E com a unidade de competência específica k.1.6- *Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica*.

## **2 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

Valoramos que a formação em enfermagem constitui uma forma de mudança, proporciona capacidade de inovação e criatividade, na dimensão humanística e técnica, facilita a construção de conhecimento e a promoção de competências, o que permite a sua utilização na resolução de diversas situações e desafios da vida atual (Carvalho, 2003). A aquisição e atualização de competências dependem não só da práxis clínica, mas também do que o próprio investe na sua formação contínua. (CDE, artigo 78.º, alínea e), artigo 88.º, alínea C))

O processo de aprendizagem ocorre ao longo da vida, pelo que recorre à andragogia, que consiste no ensino de adultos, aprendizagem ao longo da vida. Este tipo de ensino é diferente do pedagógico, assenta em dois vetores, no papel da experiência (o que é vivido) e na vontade de aprender (decidido, deliberado para aprender) de cada adulto, “ (...) *a natureza do conhecimento e a natureza da aprendizagem significativa, não só valorizam o indivíduo tornando-o mais eficiente na aquisição e produção do conhecimento, mas também contribuem para a sua auto-estima (...)* ” (Novak, 1984, p. 10). Com o mesmo propósito, tornou-se necessário fomentar todas as atividades de formação como passo imprescindível



para a profissionalização e modernização das administrações públicas. (Declaração de Lisboa, 1998)

Aceitamos que do desenvolvimento pessoal e profissional emergem mudanças significativas com base em processos formativos, orientados para a melhoria dos cuidados de qualidade em enfermagem, que influi na competência profissional dos enfermeiros em geral e para as organizações de saúde em particular, que são um precioso instrumento capaz de lhe mostrar o caminho na procura da excelência do exercício profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Através da elaboração do nosso PIS- Protocolo para cuidar com qualidade, a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência, o ensino clínico, facultou-nos momentos muito importantes no decorrer da aprendizagem, que incentivou a pesquisa bibliográfica e adequação de conhecimentos para o nosso contexto profissional, de acordo com o CDE, artigo 88.º, alínea b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, que permite uma prática mais segura neste tipo de intoxicações. “ (...) *a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. Envolve um conjunto de medidas (...) com vista à manutenção de um ambiente seguro para os doentes, profissionais e visitantes.*” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007, p. 67)

Ao agirmos por estes pressupostos de atuação, admitimos ter adquirido a competência de mestre acima mencionada e estabelecido a relação com as unidades de competência comuns: *A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C1.2- Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.* Com a unidade de competência específica *K.1.2-Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

### **3 - Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

Corraboramos com a ideia de Bilhim (2001) de que Equipa multidisciplinar é um conjunto de profissionais de diferentes áreas que interagem numa relação de interdependência, tendo em vista a realização de objectivos específicos.

Como tal o projeto desenvolvido e como forma diagnóstica foram aferidos com a Enfermeira Responsável pelo serviço, com o Coordenador do serviço e com a equipa de enfermagem (aplicámos questionários, de forma a averiguarmos a pertinência do tema), tornando-o uma mais-valia para o serviço ao incrementar qualidade nos cuidados a prestar às pessoas intoxicadas por OF na sala de emergência. Pois concordamos que um ambiente de integração e participação dos seus profissionais permite uma oferta de serviços de qualidade e agimos de acordo com o CDE, artigo 82.º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, alínea c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.

Cientes de todo o trabalho desenvolvido, pudemos afirmar que ao agirmos como enfermeiros especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica, somos promotores e impulsores no sentido de fomentar um cuidar inovador, alicerçado no conhecimento (somos consultores para outros profissionais de saúde: no âmbito da CCI - elo dinamizador do serviço, para melhorar a saúde da pessoa, família e comunidade; da supervisão de cuidados enquanto elemento referência da equipa - chefe de equipa; somos modelos da prática para os colegas), na formação (protocolo de atuação perante a pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência; prevenção da infeção associada ao cateterismo periférico; elaboração do fluxograma como proceder em caso de evacuação do SU, de acordo com o PEI do hospital) e na motivação das equipas de enfermagem, construindo uma maior harmonia no processo de cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Por isso as intervenções de enfermagem são realizadas, com o princípio orientador da excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. (CDE, 2009, artigo 78.º, alínea c))

Como resultado do analisado acima, consideramos adquirida a competência de mestre mencionada, em que englobámos as unidades de competência comuns:

*B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; B2.3- Lidera programas de melhoria; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.2- Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos; D2. 1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade. As unidades de competência específicas: K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe; K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.*

#### **4 - Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Em nosso entendimento com a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio - Inexistência de protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por organofosforados (OF) na sala de emergência, permitiu-nos selecionar estratégias adequadas à sua resolução, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Indo ao encontro do afirmado pela Ordem dos Enfermeiros (2006) que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso, que fomenta o conhecimento, na resposta a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.

Principalmente porque as intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, pelo que era de todo pertinente aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, pois era uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem, que foi validada através da aplicação de questionários e encontrava-se também integrada no plano de ação do serviço. Sendo necessário a elaboração do protocolo, a formação em serviço dos enfermeiros na área para qualificar os cuidados à pessoa intoxicada por OF, a implementação do protocolo de atuação e avaliação do mesmo, através da check list que elaborámos como instrumento de avaliação de resultados, que permite um maior controlo da execução do processo, da avaliação de resultados e numa mais correta gestão da equipa. Que face ao exposto promoverá confiança e

conduzirá a uma maior satisfação dos doentes, ao identificarmos precocemente o risco clínico, que é a chave para prevenir o erro e prestarmos cuidados seguros (Fragata e Martins, 2008). Ao agirmos suportados no analisado acima, vamos ao encontro do preconizado pelo CDE, artigo 83.º- Do direito ao cuidado, alínea a) Coresponsabilizar-se pelo tratamento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento; artigo 88.º- Da excelência do exercício, alínea b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa e alínea c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos.

Assim, acreditamos que este protocolo será uma forma de garantir a melhoria da qualidade, dos cuidados prestados à especificidade destas pessoas e suas famílias. E uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas, existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Estamos de acordo que adquirimos a competência de mestre supramencionada em conjugação com as unidades de competência comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; A2.2- Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B2.1- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Recursos; B2.2- Planeia programas de melhoria; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade.* Com a unidade de competência específica: *K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

## **5 - Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

Reiteramos que a Enfermagem é indissociável da atualização e da produção contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, o que é assegurado pela Investigação/Ação, que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática

clínica baseada na evidência quotidiana dos enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A Prática Baseada na Evidência (PBE) é um “*Método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar.*” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012, p. 10)

Um dos pontos de partida que esteve presente ao longo de todo o nosso percurso formativo foi o de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, assim identificámos, analisámos e implementámos resultados de investigação e contributos de evidência para a resolução de problemas que emergem da área de especialidade, de forma a melhorar a prática dos cuidados, concretamente com o nosso PIS – Cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência.

Com esse propósito, pesquisámos literatura atual, pertinente e relevante ao tema em estudo, nas bases de dados Ebsco e B-on, seguindo a definição de pesquisa por palavras-chave: intoxicações por organofosforados; manifestações clínicas e abordagem terapêutica. Colocámos como critério de inclusão: intoxicações em adultos, como critérios de exclusão: intoxicações em crianças e estudos em não humanos. Da pesquisa realizada encontramos 144 artigos, mas apenas 10 davam resposta ao nosso tema em estudo. Os quais nos permitiram criar um referencial teórico atualizado, que nos ajudou a interpretar os resultados obtidos, ao longo do projeto, de modo a justificarmos as nossa intervenções, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Pelo que agimos de acordo com o CDE, artigo 88.<sup>o</sup> - Da excelência do exercício, alínea c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Com toda a certeza é fundamental que no processo de tomada de decisão em enfermagem, “*O enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 10)

O que nos permite afirmar que mobilizámos a competência de mestre acima mencionada em articulação com a unidade de competência comum: *D2-2-Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de*

*especialidade, e com a unidade de competência específica: K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

**6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Consideramos que, o estabelecimento de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem permite a melhoria contínua dos cuidados prestados, e do desenvolvimento pessoal e profissional, que servem de quadro de referência a uma reflexão e análise da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Que engloba a missão do mandato social da profissão – promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados à população, tal como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão, assegurados pelas regras de ética e deontologia profissional. Como resultado estamos a contribuir para um melhor futuro da profissão e reconhecimento do seu valor, com maior visibilidade, afirmação social, e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Do mesmo modo, nosso PIS – Cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por OF, na sala de emergência demonstra ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Uma vez que este tipo de intoxicações são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata. Como forma diagnóstica da problemática de enfermagem – Inexistência de um protocolo de atuação para cuidar a pessoa com este tipo de intoxicação, esta foi aferida com a Enfermeira Responsável pelo serviço, com o Coordenador do serviço e com a equipa de enfermagem (questionários). Onde concluímos que esta problemática ia ao encontro das necessidades formativas dos enfermeiros. Optámos também por aplicar uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT, para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar objetivamente o contexto e facilitar o posterior planeamento estratégico.

Após a análise integral do problema, suportada nas ferramentas de diagnóstico referidas, identificámos os problemas parcelares que resultaram da decomposição do problema geral em várias partes, que se complementaram e permitiram a articulação entre si. Determinámos as prioridades, de forma a identificarmos a ordenação prevista para o planeamento do projeto, com o propósito de dar cumprimento ao objetivo geral e específicos, que considerámos pertinentes e exequíveis até à fase de implementação do projeto.

Na fase de execução, delineámos atividades, estratégias e critérios de avaliação, para atingirmos os objetivos específicos, que nos permitiu efetuar a avaliação intermédia do projeto, aferindo a execução dos mesmos, que contemplou a sua análise e reflexão. Como resultado, permitiu-nos concluir que o nosso PIS foi um trabalho bastante gratificante. Acreditamos que este projeto é e será a forma de garantir a melhoria da qualidade, dos cuidados prestados à especificidade das pessoas e famílias abrangidas pela temática, pelo que agimos de acordo com o CDE, artigo 88.º -Da excelência do exercício, alínea b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa. E uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas, existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Por consequência, integrámos na formação em serviço, a divulgação do nosso projeto (após homologação pelo CA), para que o pudéssemos implementar. Após avaliação final da formação, concluímos que atingimos o objetivo traçado quanto às expetativas dos formandos presentes (estipulado em 50%), uma vez que a ação de formação correspondeu totalmente às expetativas de 29 dos 30 formando, perfazendo (96,7%), assim como à relevância do tema, à utilidade para a prática e aos progressos na aprendizagem com a formação. Estamos de acordo que a formação, permite a partilha de conhecimentos e de experiências, que possibilita a uniformização do trabalho em equipa e consequentemente a coesão da mesma. Sob o mesmo ponto de vista, a redação deste relatório de projeto e elaboração de um artigo sobre o mesmo (Apêndice 23), dá a conhecer a pertinência do projeto e o percurso da resolução do problema, na melhoria dos cuidados, servindo de exemplo para outros serviços e instituições, constituindo-se

como um contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2006). O que nos permitiu agir de acordo com o previsto no CDE, no artigo 88.º - Da Excelência do exercício, alínea c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Pensamos estar em condições de afirmar que adquirimos a competência de mestre supramencionada e fizemos a sua inter-relação com as unidades competência comuns: *A1.4- Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão; B1.2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; B2.2- Planeia programas de melhoria contínua; C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.* Da mesma forma relacionámo-la com as unidades de competência específicas: *K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e K.1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.*

Ao concluirmos este capítulo – projeto de aprendizagem de competências/clínica, apraz-nos afirmar com agrado, que alcançámos as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Ao longo do percurso formativo deste mestrado, adotámos uma atitude de humildade e vontade de aprender a aprender, que nos permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos, nos proporcionou momentos de reflexão que nos alargaram horizontes, nos impulsionou para encetarmos medidas importantes na prestação de cuidados de enfermagem fundamentados, rigorosos e diferenciados à pessoa em situação crítica.

A realização dos estágios no nosso local de trabalho fomentou um olhar diferente sobre os cuidados, um olhar reflexivo sobre as práticas pouco fundamentadas que influiu em novas formas de intervir, pautadas em bases científicas e atualizadas.



A elaboração do PIS e do PAC promoveram a mobilização e aquisição de conhecimentos, que de uma forma humilde mas sempre com uma postura determinada, conseguimos transmitir a toda a equipa o que é ser especialista e mestre em EMC, ao sermos uma referência na prestação de cuidados altamente diferenciados no cuidar em enfermagem e assim promovermos o crescimento de toda a equipa.

## CONCLUSÃO

Com este documento pretendemos refletir e sintetizar, o que de mais importante os estágios contribuíram para a nossa formação, experiência adquirida e para a realização deste relatório.

Estamos de acordo que Cuidar em enfermagem pressupõe um conhecimento atualizado, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos específicos. A diversidade e especificidade no cuidar da pessoa/família em situação crítica implicam uma diferenciação profissional dos cuidados. Para tal foi fulcral, o empenho, a dedicação, a atitude ativa e participativa para a aquisição de novas competências.

Em virtude do referido, neste relatório procurámos transmitir, de forma crítica/reflexiva, as atividades que desenvolvemos durante os estágios e a forma como agimos perante os desafios que foram surgindo. Os estágios decorreram no local de trabalho, serviço de urgência de um Hospital Alentejano, o que nos proporcionou um olhar diferente sobre os cuidados, um olhar reflexivo e amadurecido de práticas por vezes rotineiras, pouco fundamentadas, em que era essencial, despertar para novas formas de intervir, suportadas em bases científicas e atualizadas. Por esta constatação, diagnosticámos uma problemática sentida pela equipa de enfermagem e que constava no plano de ação do serviço. Fatores que contribuíram para tornar exequível o resultado final do projeto de intervenção em serviço - **Construção de um protocolo para cuidar, com qualidade, a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência.** É nossa convicção de que os protocolos são um contributo importante para a organização e autonomia dos cuidados de enfermagem.

Este tipo de intoxicação é uma emergência clínica que carece de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, que são uma mais-valia para a equipa/serviço/instituição e sobretudo para a pessoa intoxicada. O que nos enalteceu ter conseguido contribuir para sermos agentes de mudança no serviço,

com a implementação do projeto, obtendo reconhecimento e valorização dos pares e contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Reiteramos que a enfermagem na dimensão científica e prática tem como cerne, o cuidado humano. Ao analisarmos a teoria da Jean Watson, o código deontológico do enfermeiro, ou o enquadramento conceptual dos padrões da qualidade da OE, verificámos mais uma vez que a pedra basilar da enfermagem é o CUIDAR da pessoa/família/comunidade. Pelo que escolhemos para nortear todo o PIS, estágio e prática clínica a teórica acima referida, porque valora a intervenção centrada no cuidar e não no curar/tratar. Exige uma reflexão diferente sobre a natureza da enfermagem e do papel do enfermeiro enquanto prestador de cuidados no processo de cuidar, dando enfoque à relação transpessoal, apelando à reciprocidade que está presente em cada relação.

Elaborámos a revisão bibliográfica, com base em literatura mais atual e pertinente sobre os conceitos de intoxicações por OF em adultos, manifestações clínicas e abordagem terapêutica. Explicitámos e analisámos a elaboração, o planeamento e a avaliação do PIS de acordo com a metodologia de projeto. De salientar a utilização de questionários e a análise SWOT, para suportar a pertinência e validação do projeto. Julgamos que após as devidas reestruturações, traçámos objetivos específicos pertinentes, claros e exequíveis que visaram a obtenção da finalidade do projeto “ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.” Os objetivos delineados para o PIS foram plenamente atingidos, com atividades implementadas que nos permitiram planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem altamente qualificados à pessoa em situação crítica.

Adotámos uma postura humilde, mas determinada, ao encetarmos esforços em toda a equipa, de que os cuidados de enfermagem carecem de uma atitude analítica, crítica e reflexiva do cuidar em enfermagem, que nos possibilitará o crescimento pessoal e profissional. Desta forma, conseguimos o envolvimento, de toda a equipa de enfermagem, em todas as etapas do nosso projeto.

Relativamente ao desenvolvimento do PAC em que englobámos as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista e as de mestre em enfermagem médico-cirúrgica, os contributos dos aportes teóricos e a pesquisa bibliográfica, consideramos que nos permitiu adotar uma atitude reflexiva e crítica na análise das competências mencionadas. Que nos impulsionou para desenvolver um conjunto de atividades relacionadas com a resposta a situações de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; a situação de catástrofe ou emergência multi-vítima e a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Que com toda a certeza nos permitiu desenvolver competências no sentido de assegurar cuidados de enfermagem especializados e diferenciados de qualidade, focalizados nas necessidades da pessoa/família. Permitindo-nos assumir que somos especialistas e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, e convictas da importância do nosso contributo para o mandato social da profissão, oferecendo visibilidade social e dignidade à profissão de enfermagem, inferindo valorização profissional e científica, ao promovermos qualidade nos cuidados de enfermagem.

As dificuldades sentidas na realização deste projeto foram em primeiro lugar, a impossibilidade de acesso à verdadeira incidência de intoxicações admitidas no serviço de urgência do Hospital; em segundo lugar, foi a inexistência de dados reais em Portugal, que pudessem sustentar o tema. Pelo que considerámos que a identificação no livro na sala de emergência, do tipo de intoxicações que dão entrada no serviço, o preenchimento da check-list elaborada no sentido de diminuir as falhas de execução do protocolo, nos permitirá avaliar a eficácia do projeto, obter dados concretos sobre o número, o tipo, a frequência e a caracterização das pessoas intoxicadas por OF e identificar pistas que podem sustentar temáticas para futuros projetos; em terceiro lugar, a bibliografia em Portugal dentro do tema é escassa pelo que nos baseámos na literatura internacional. Por fim as dificuldades pessoais, que tiveram a ver com a utilização de nova metodologia de trabalho, de instrumentos informáticos novos para nós e sobretudo com tempo dispensado na elaboração do trabalho, pois vai muito além do preconizado como trabalho em estágio e autónomo, afetando o nosso tempo

pessoal/familiar. No entanto neste percurso formativo, apesar de árduo e exaustivo, aproveitámos as oportunidades de aprendizagem que nos foram facultadas e que promoveram uma oportunidade inquestionável para o crescimento pessoal e profissional com a aquisição de novos conhecimentos, imprescindíveis à aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Nesta linha de pensamento foi nossa intenção ao longo deste relatório, demonstrar uma prática reflexiva e crítica sobre cuidar em enfermagem, com vista a uma procura constante do fundamento das nossas ações, para tornarmos a práxis clínica mais consciente e refletida o que permite o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos conhecimentos (saber), atitudes (saber ser e estar) e capacidades (saber fazer), cimentando as nossas competências profissionais, para uma prestação de cuidados holísticos à pessoa doente e sua família. Pois só assim podemos caminhar rumo à excelência do cuidar em enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, Maurice - *Para uma Morte mais Humana*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2001. ISBN: 972-8383-25-8.

ABREU, Wilson - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.

ABREU, Wilson - *Transições e Contextos Multiculturais: contributos para a anamenese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 978-972-8485-96-2.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO - *Perfil de Saúde do Alentejo*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo IP., 2010.

ALARCÃO, Isabel e TAVARES, José - *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN: 978-972-40-1852-2.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - *Estratégias para a Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Em linha]. Vol. II, (2010), p. 4. [Consult. 12 de Jul. 2012]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011.2016/>.

ARENDSE, Regan e IRUSEN, Elvis - An atropine and glycopyrrolate combination reduces mortality in organophosphate. *Human & Experimental Toxicology* [Em linha]. Vol. 28, n.º 11, Novembro de (2009), p. 715-720. [Consult. 13 de Dez 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/resultsadvanced?sid=>.

ARTIGO 64.º DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA - Saúde. *Diário da República*. Lisboa: D.R. I Série.155 (2005) p. 4652.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP*. [Em linha]. 2006. [Consult. 12 de Jun 2012]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/RecomendacoesOrganizaçãodeServiços.pdf>.

AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL - *Protecção Civil: Protecção e Socorro em Acidente Grave ou Catástrofe*. [Em linha]. Abril de (2010). [Consult. 20 de Jun de 2012]. Disponível em: [www.fundaçãorespublica.pt/cms/files/revista/REV4bc0f0a4530e9.pdf](http://www.fundaçãorespublica.pt/cms/files/revista/REV4bc0f0a4530e9.pdf).

BENNER, Patricia - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-97-x.

BILHIM, João - *Teoria Organizacional- Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Artes Gráficas Lda, 2001. ISBN: 978-9229-93-7.

BJORLING-POULSEN, Marina; ANDERSEN, Helle e GRANDJEAN, Philippe - Potencial developmental neurotoxicity of pesticides used in Europe. *Environmental Health*. [Em linha]. Vol. 7, n.º 50 (2008), p. 1-22 de 2008. [Consult. 13 de Dez. de 2011]. Disponível em: <http://www.ehjournal.net/content/pdf/1476-069x-7-50.pdf>.

BONGARD, Frederic; SUE, Darryl e VINTCH, Janine - *Current Diagnosis & Treatment Critical care*. United States: Mcgraw-Hill, 2008. ISBN: 0-07-143657-x.

BOTERF, Guy - *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2003. ISBN: 2-7081-2445-5.

BUCKMAN, Robert - *How to Break Bad News: Guide for Health Care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992. ISBN: 0-8018-4491-6.

CALDAS, Luiz - *Intoxicações Exógenas Agudas por Carbamatos, Organofosforados, Compostos Bipiridílicos e Piretróides*. [Em linha]. Niterói: Centro de Controle de Intoxicações de Niterói- RJ, 2010. [Consult. 15 de Dez. de 2011]. Disponível em: <http://www.uff.br/ccin/>.

CARPER, Barbara - Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Scienc*. Vol. 1, (1978), p. 13-23.

CARVALHAL, Rosa - *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. ISBN: 972-8383-40-1.

CARVALHO, Luisa; COSTA, Teresa e DOMINGUINHOS, Pedro - *Empreendedorismo uma Perspectiva Multidimensional- Teoria e Prática*. Setúbal: Autores, 2009.

CHALIFOUR, Jacques - *A Intervenção Terapêutica - os fundamentos existenciais - humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CIAV - *Casuística 2010*. [Em linha]. CIAV, (2010). [Consult. 19 Set. 2011]. Disponível em: [www.inem.pt/ciav](http://www.inem.pt/ciav).

CIAV - *Estatística de Intoxicações por inibidores das colinesterases*. [Em linha]. CIAV, (2011). [Consult. 10 Jul 2012]. Disponível em: <http://www.inem.pt/ciav>.

COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO CIVIL - *Directiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de protecção civil*. Lisboa: D.R. II Série. 138 (2008- 07- 18) 31950-31952.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS- *CIPE - Versão 1.0- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN: 92-95040-36-8.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Ambientes Favoráveis à Prática: condições de trabalho = condições de qualidade*. [Em linha]. (2007). [Consult. 10 Jun 2012]. Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../KitDIE2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../KitDIE2007.pdf). ISBN: 92-95040-80-5.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catalogos CIPE*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros, 2009. ISBN: 978-989-96021-6-8.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. ISBN: 978-989-8444-09-7.

CRUCHINO, Paulo - *Arquitectura da Informação Clínica de Enfermagem para os Sistemas de Informação em Saúde. Considerações para o desenvolvimento de*



um modelo de documentação. *Percursos*. Setúbal. N.º 8, Abril-Junho (2008), p. 25-34.

CURRAL, Luis e CHAMBEL, Maria José - Processos de Comunicação na Organizações. In FERREIRA, J. M. C.; NEVES, José e CAETANO, António - *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill, 2001. ISBN: 972-773-105-8. p. 357-376.

DECLARAÇÃO DE LISBOA.- *I Conferência Ibero-Americana da Administração Pública e da Reforma do Estado*. 27 e 28 de Julho de 1998. [Em linha]. [consult. 30 Out. 2012]. Disponível em: [www.adelinotorres.com/...declaração%20de%20lisboa-1.pdf](http://www.adelinotorres.com/...declaração%20de%20lisboa-1.pdf).

DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro- *REPE-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: D.R. I Série. 205 (96-09-04) 2959-2962.

DECRETO- LEI nº 173/2005 de 21 de Outubro -. *Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Regula as atividades de distribuição, venda, prestação de serviços de aplicação de produtos fitofarmacêuticos e a sua aplicação pelos utilizadores finais*. Lisboa: D.R. I Série. 203 (2005-10-21) 6123-6131.

DECRETO-LEI nº 74/2006 de 24 de Março - *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior- Capítulo III- Mestrado- Grau de Mestre*. Lisboa: D.R. I Série. 60 (2006-03-24) 2242- 2257.

DECRETO- LEI nº 101/2009 de 11 de Maio - *Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Uso não profissional de produtos fitofarmacêuticos em ambiente doméstico, estabelecendo condições para a sua autorização, venda e aplicação*. Lisboa: D.R. I Série. 90 (2009-05-11) 2806-2809.

DEODATO, Sérgio - Supervisão de Cuidados: uma Estratégia Curricular em Enfermagem. *PERCURSOS*. Setúbal. N.º 18 (Out-Dez, 2010), p. 3-7.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Carta Dos Direitos Do Doente Internado*. [Em linha]. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>. p. 1-12.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. [Em linha]. [Consult. 2 Nov. 2011]. Disponível em: [www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa. A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da dor. *Direção-geral da Saúde*. Lisboa. Nº 9 (14 de Junho de 2003), p.1-4.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Circular Normativa. Programa Nacional de Controlo da Dor. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Nº 11 (18 de Junho de 2008a), p. 1-16.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Revisão do Programa do Plano de Cuidados Paliativos para 2008-2016*. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da saúde, Julho de 2008b. [Consult. 10 Jul. 2012]. Disponível em: [www.dgs.pt/?cr=12826](http://www.dgs.pt/?cr=12826).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. (Junho 2010).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização. *Direção-Geral da saúde*. Lisboa. (Dezembro 2011).

DIREÇÃO-GERAL de AGRICULTURA e DESENVOLVIMENTO RURAL - *Guia Dos Produtos Fitofarmacêuticos - Lista dos Produtos com Venda Autorizada*. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural, 2011. [Consult. 23 Jan. 2012]. Disponível em: <http://www.drapc.min-agricultura.pt/base/documentos/guiapfito2010.pdf>. ISBN: 0871-0287.

DUARTE, Alberto - O enfermeiro e o consentimento/assentimento informado em menores de idade. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*. Lisboa. Nº 29 (2008), p. 24-32.

EPIC NACIONAL EVIDENCE - *Based Guidelines for Prevention Helthcare-Associated Infection*. [Em linha]. 2008. [Consult. 20 Mai. 2011]. Disponível em: [www.sciendirect.com](http://www.sciendirect.com).

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL - *Guidelines for Resuscitation*. [Em linha]. 2010. [Consult. 7 Nov. 2011]. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/136040-manualdeprimeirossocorros-sbv>.

ESTUDANTES DO 7º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *PERCURSOS*. Setúbal: Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN: 1646-5067. Vols. Janeiro- Março, nº 15 (2010), p. 3-35.

ESTRAN, Neiva Valesque Brum - *Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. ISBN: 85-7025-710-4.

FERRAZ, Ana Paula e BELHOT, Renato - *Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais*. Gest. Prod. [Em linha]. Vol. 17, nº 2 (2010), p. 421-431. [Consult. 20 Out. 2012]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/gp/v17n2/a15v17n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/gp/v17n2/a15v17n2.pdf).

FERREIRA, J. M. C.; NEVES, José e CAETANO, António - *Manual De Psicossociologia Das Organizações*. Lisboa: Mcgraw-Hill, 2001. ISBN: 972-773-105-8.

FILIPE, Froes [et.al.] - Normas Clínicas. Documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. Vol. XIII, nº 3 (Maio/Junho 2007), p. 419-486.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo De Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-x.

FRAGATA, José e MARTINS, Luis - *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2008. ISBN: 978-972-40-2347-2.

FRIAS, Cidália - *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte- Um Desígnio do Enfermeiro em Formação*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. ISBN: 978-972-8383-50-1.

GODDARD, Andrew e DEAR, James - Management of the poisoned patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* [Em linha]. Vol.11, nº 11(November 2010), p. 490-493. [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/14720299/11/11>.

HENNEZEL, Marie - *Diálogo com a Morte*. Lisboa: Casa das Letras, 2007. ISBN: 978-972-46-0793-1.

HESBEEN, Walter - *Cuidar No Hospital Enquadrar Os Cuidados De Enfermagem Numa Perspectiva De Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter - *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-20-7.

HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO, EPE. - *Episódios- Análise Temporal- Causa de visita*. Santiago do Cacém: Hospital do Litoral Alentejano, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - *Manual De Suporte Avançado De Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Boletim Mensal de Estatística*. Mensal, 2010. ISBN: 0032-5082.

JOKANOVIC, Milan e KOSANOVIC, Melita - Neurotoxic effects in patients poisoned with organophosphorus pesticides. *Environmental Toxicology and Pharmacology* [Em linha]. Vol. 29, nº 3 (Maio de 2010), p. 195-201. [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science>.

JUSTO, Cipriano - *A técnica Delphi de formação de consensos* [Em linha]. 2005. [Consult. 20 Jul. 2012]. Disponível: <http://www.observaport.org>.

KÉROUAC, Suzanne [et.al.] - *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, 1996. ISBN: 978-84-458-0365-3.

KUBLER-ROSS, Elisabeth - *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008. ISBN: 857827059-9.

LAZURE, Hélène - *Viver A Relação De Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95399-5-2.

LEI nº 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. Lisboa: D.R. I Série. 1990. 195 (90-08-24) 3452-3456.

LIU, Jiung- hsiun [et.al.] - Acid-base interpretation can be the predictor of outcome among patients with acute organophosphate poisoning before hospitalization. *The American Journal of Emergency Medicine* [Em linha]. Vol. 26, nº 1 (january de 2008), p. 24-30. [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/sciense?ob=MiamilmageuRL&cid>.

LOPES, Armandina e NUNES, Lucilia - Enquadramento Da Ética Na Enfermagem. *Servir*. Nº 43 (1995), p. 297-301.

LORKE, D. E. [et.al.] - Eigt new bispyridinium oximes in comparison with the conventional oximes pralidoxime and obidoxime: in vivo efficacy to protect from disopropyfluorophosphate toxicity. *Journal Of Applied Toxicology* [Em linha]. Vol. 28, nº 7 (2008), p. 920-928. [Consult. 13 Jan. 2011]. Disponível em: <http://wwwonlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jat.1359/pdf>.

LOURENÇO, Isabel - *A Espiritualidade no Processo Terapêutico: Realidade e Importância*. Coimbra: Quarteto, 2004. ISBN: 978-989-5580-10-1.

LOURENÇO, José Vieira - *Ferramentas do aprendiz de filósofo: do desenvolvimento das competências à sua avaliação*. Porto: Porto Editora, 2004. ISBN: 972-0-41064-7.

MÃO DE FERRO, António - *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-062-2.

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - Guia de Curso- 3º Semestre. Setúbal: *Instituto Politécnico de setúbal, Escola Superior de Saúde*. (2011-2012), p. 1-23.

MEZOMO, João - *Gestão da Qualidade na Saúde, princípios básicos*. Brasil: Copyright, 2001. ISBN: 85-204-1263-7.

NEIL, Ruth - Jean Watson- Filosofia e Ciência do Cuidar. In Ann e Alligood, Martha Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN: 972-8383-74-6. p. 163-183.

NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro - *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores*. São Paulo: Erica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.

NOVAK, Joseph - *Aprender a Aprender*. Lisboa: Plátano-Edições Técnicas, 1984. ISBN: 972-707-137-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. (2002), p. 1-16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro- Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consult. 8 Out. 2012]. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt/](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Enunciado de Posição. *Consentimento Informado Para Intervenções de Enfermagem* [Em linha]. (Fevereiro 2007), p. 1-8. [Consut. 11 Jul. 2012]. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt/](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico Do Enfermeiro*. Lisboa: D.R. I Série. 180 (2009-09-16).6547-6549.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: D.R. II Série. 35 (2011a- 02-18) 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº 124/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: D.R. II Série. 35 (2011b-02-18) 8656-8657.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 167/2011 - *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa: D.R. II Série. 47 (2011c-03-08) 11114- 11120.

PACHECO, Susana - *Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. ISBN: 972-8383-30-4.

PEARSON, Alan e VAUGHAN, Barbara - *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. [trad.] M. J.Simeão. Lisboa: Aceps, 1992. ISBN: 59702/92.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - *Comunicação de Más Notícias Em Saúde e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN: 972-8485-92-4.

PHANEUF, Margot - *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

PIRES, Ana Paula - *Ética e Cuidar em Enfermagem. Sinais Vitais*. Nº 72 (Setembro, 2008), p.13-18.

PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO DO HLA, EPE. Santiago do cacém: *SUCH/ITSEMAP*, 2009, p.1-95.

PLANO MUNICIPAL DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL - *Enquadramento Geral do Plano*. [Em linha]. (2003), p. 2-8. [Consult. 20 Jun. 2012]. Disponível em: <http://www.cm-santiagocacém-pt/proteçãocivil.pdf>.

PNCI (PLANO NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO) - *Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

RILEY, Júlia - *Comunicação em Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-972-8383-81-7.

RODRIGUEZ, Mario Andrés Leotau; MORALES, Sergio Hernán Pacheco e TAVERA, Carlos Hermando - Intoxicación por organofosforados con nesidad de altas dosis de atropina y administración tardia de oximas. *MedUNAB* [Em linha]. Vol. 13, nº 1 (2010), p. 44-50. [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível em: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&pathy%5B%5D=427>.

SCHIEFER, Ulrich; BAL-DOBEL, Lucinia e BATISTA, António - *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação: Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. Cascais: Principia, 2006. ISBN: 972-8818-58-0.

SEQUEIRA, João [et.al.] - Intoxicação por organofosforados- Avaliação prognóstica em 143 doentes. *Medicina Interna*. Vol. I, nº 1 (1994), p. 7-13.

SHADNIA, Shahin [et.al.] - Prognostic Value of long QT Interval in Acute and severe Organophosphate Poisoning. *Journal of Medical Toxicology* [Em linha]. Vol. 5, nº 4 (Dezembro 2009), p. 196-199. [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=>.

SHEEHY, Susan - *Enfermagem De Urgência- Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-16-9.

VEIGA, Bárbara Soares [et.al.] - *Manual de Normas de Enfermagem*. [Em linha]. 2008. [Consult. 20 Jul. 2012]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DirecçoesUnidades/Manual%20procEnfermagem.pdf>.

VIJAYAKUMAR, Subash [et.al.] - A prospective Study on Electrocardiographic Findings of Patients with Organophosphate Poisoning. *Cardiovasc Toxicol* [Em linha]. (2011). [Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/t1p46p3308237736/fulltext.pdf>.

WATSON, Jean - *Enfermagem: Ciência Humana E Cuidar. Uma Teoria De Enfermagem*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2002. ISBN: 972-8383-33-9.



## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **GUIA DOS PRODUTOS FITOFARMACÊUTICOS – LISTA DOS PRODUTOS COM VENDA AUTORIZADA (CLASSIFICAÇÃO DE OF POR SUBSTÂNCIA ATIVA, NOME COMERCIAL E TOXICIDADE)**

<b>Substância Ativa</b>	<b>Marca Comercial</b>	<b>Classificação de toxicidade</b>
CLORPIRIFOS	PYRINEX 250 ME (Micra emulsão)	Xi e N
	DURSBAN 4	Xn e N
	CORTILAN	Xn e N
	CYREN 48 EC (Concentrado para emulsão)	Xn e N
	CICLONE 48 EC	Xn e N
	RISBAN 48 EC	Xn e N
	CLORFOS 48	Xn e N
	DESTROYER 480 EC	Xn e N
	PIRIFOS 48	XN e N
	PYRINEX 5 G	N
	CYREN 5 G	N
	NUFOS 5 G	N
	PIRIFOS 5 G	N
	CLORMAX	Xn e N
	CLORFOS 5 G	N
	CICLONE 5 G	N
	DESTROYER 5 G	N
	RISBAN 5 G	N
DIMETOATO	DIMETAL	XN e N
	PERFEKTHION	Xn e N
	DANADIM PROGRESS	Xn e N
	DAFENIL PROGRESS	Xn e N
	DIMISTAR PROGRESS	Xn e N
	DIMETEX	Xn e n
ETOPROFOS	MOCAP 10 GR (Grânulos)	T e N
FORMETANATO	DICARLOL	T e N
FOSMETE	IMIDAN 50 WP (Pó molhável)	Xn e N
FENAMIFOS	NEMACUR CS (Suspensão de capsulas)	Xn e N
PIRIMIFOS-METILO	ACTELLIC 50	Xn e N

**Produtos Fitofarmacêuticos OF por substância ativa, nome comercial e toxicidade (fonte: DGADR, 2011)**

## **ANEXO II**

### **DECLARAÇÕES COMO FORMADORA SOBRE O PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA INTOXICADA POR OF NA SALA DE EMERGÊNCIA**

### **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Teresa Lourenço Raposo**, participou, como Formadora da acção:

**Apresentação do Protocolo para Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados na Sala de Emergência**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 23 de Maio de 2012, e teve a duração total de 2 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

, 14 de Junho de 2012

Enfermeiro Diretor



## Apresentação do Protocolo para Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados na Sala de Emergência

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

$$\Sigma$$

### **ANEXO III**

#### **PRESENÇA DE FORMANDOS NA 1ª FORMAÇÃO SOBRE O PROTOCOLO**

ACÇÃO FORMATIVA Apresentação do Protocolo  
Para Cuidar com Qualidade a Pessoa  
intoxicada Por Organofosforados (OF) no  
MÓDULO: sala de emergência

### Sumário

- Apresentação e justificação do tema;
- Conceitos de organofosforados (OF);
- Manifestações clínicas: Tóxicas, neurológicas e do SNC;
- Abordagem Terapêutica: Tratados Gerais e Específicos;
- Síntese do Tema
- Esclarecimento de dúvidas
- Apresentação de caso clínico
- Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos através de questionários
- Distribuição de Fichas sobre o Protocolo; Fluxograma de atuação;

Prelector Ana Teresa Lourenço Raposo  
Dinis Filipe Lourenço Louca

Data: 23/05/12

Hora: 14h às 16h

### PRESENCAS

NOME	SERVIÇO	RÚBRICA
H. de Gedealope Figueiredo	urgência	H. Figueiredo
Cátia Pachado	urgência	Cátia Pachado
Ana Cristina Duarte Pereira	urgência	cristina Pereira
ISAURANDA JOSÉ G. M. SILVA SALAS	urgência	Isauranda
Ana Filipa Pereira	urgência	A. P.
Ana Cristina Vieira Guemaro	urgência	A. C.
Natália de Jesus A. Joia	urgência	Natália
João Luís Calado Mendes	urgência	João
Anabela Gomes do Espírito Santo	urgência	Anabela
Priscila Isabel Santos da Graça	urgência	Priscila
Dinis Pedro Augusto Reis	urgência	Dinis
Isabel da Silva	Med. Interna	Isabel
Ana Carolina Rodrigues	urgência	A. C.



**PRESENÇAS**

[illegible]

#### **ANEXO IV**

#### **PRESENÇA DE FORMANDOS NA 2ª FORMAÇÃO DO PROTOCOLO**

**ACÇÃO FORMATIVA Apresentação do Protocolo para  
Cuidar com Qualidade a Pessoa idosa  
por Alunos do 1º ano (OF) na sala de emergência**

**Sumário**

- Apresentação e Justificação do Tema;
- Conceitos de OF;
- Manifestações clínicas: Tumorais, Infecciosas e do SNC;
- Abordagem terapêutica: Tratamentos Gerais e Específicos;
- Síntese do Tema;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos através de questões orais;
- Distribuição de Folhetos sobre o Protocolo: Fluxograma de atuação

Prelector Ana Teresa Loureiro Raposo

Data: 27/06/12

Hora: 17<sup>h</sup> - 18<sup>h</sup>

**PRESENCAS**

NOME	SERVIÇO	RUBRICA
(61036) Paula de Guadalupe Figueira	S. URGÊNCIA	istigues
Ana Rita Estrela	S.U.	
Teresa Maria Gonçalves Lopes da Silva	S.U.	
Andreia Filipa Pereira Silva (atrasada)	S.U.	Andreia
Isabel do Silva Rodrigues (atrasada)	S.U.	
ISAURINO J. S. S. SILVA	S.U.	
Pauline Isabel Santos da Silva	S.U.	
Isabel Domingues Maciel	S.U.	
Isabel Soares Pereira	S.U.	
Ana Luísa de Jesus Rosa Brito	S.U.	
Suprema Santos Silva Raposo	S.U.	Suprema Silva
Isabel do Silva	S.U.	

**ANEXO V**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (FORNECIDA  
PELO CENTRO DE FORMAÇÃO)**

Candidatura n.º	Tipologia n.º	Curso n.º	Acção n.º

Formação:

Avaliação Final da Acção
--------------------------

1. Dados Pessoais do/a Formando/a:

1.1. Idade:  1.2. Sexo: Mas. ☐ Fem. ☐ 1.3. Habilitações Académicas:

2. Em termos gerais, esta acção de formação correspondeu às suas expectativas:

Nada	Em parte	Muito	Totalmente
1	2	3	4

3. Interesse da Acção

No decorrer da Acção, qual foi a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
3.1. Aos objectivos do programa	1	2	3	4
3.2. À relevância dos temas	1	2	3	4
3.3. À utilidade para a realização da função	1	2	3	4

4. Avaliação da Acção:

De um modo geral, qual a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
4.1. Aos seus progressos na aprendizagem	1	2	3	4
4.2. À sua motivação e participação	1	2	3	4
4.3. Conteúdo do Curso	1	2	3	4
4.4. Ao relacionamento entre participantes	1	2	3	4
4.5. Às instalações e ao espaço de formação	1	2	3	4
4.6. Aos equipamentos de apoio	1	2	3	4
4.7. À documentação recebida	1	2	3	4
4.8. Ao apoio técnico-administrativo	1	2	3	4
4.9. Ao desempenho global dos/as formadores/as	1	2	3	4

5. Comentários/Sugestões

---



---



---

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NO CURSO – CONSENTIMENTO  
INFORMADO (NÃO DISPONÍVEL ATÉ AO MOMENTO)**



# “11” PROGRAMA DE TELEMEDICINA DO ALENTEJO TELEFORMAÇÃO

**Curso:** Consentimento Informado, uma exigência jurídica e um dever ético dos profissionais de saúde

**Objectivos:** Sensibilizar os profissionais de Saúde para a importância do Consentimento Informado.

- Abordar a exigência Jurídica
- Abordagem do dever ético dos profissionais

**Programa:**

- 1→ Apresentação teórica do tema
- 2→ Exemplos práticos
- 3→ Discussão e apresentação de casos práticos pelos profissionais

**Destinatários:** Profissionais de Saúde da Região do Alentejo

**Formador:** Sr. Professor Daniel Serrão

**Dia 15 de Novembro – 10h30 – 12h30**

Emitido a partir do Hosp. Litoral Alentejano para Hosp. de Évora, e Centros de Saúde de: Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Vendas Novas, Montemor-o-Novo, Redondo e Borba.

**(Teleformação: ponto-multiponto)**

As Inscrição deverão ser enviadas até dia 3 de Novembro de 2011

**INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES**

Manuela Pileado  
(Núcleo de Telemedicina do Hospital de Évora)  
telemedicina@hevora.min-saude.pt

Largo Senhor de Pobreza  
7000-811 Évora  
T: 266 740 100 - ext.2234  
F: 266 740 156

Estas ações  
gratificam os recursos  
médicos, enfermeiros, técnicos  
de diagnóstico e terapêuticos, assistentes  
de saúde pública e funcionários administrativos.  
São patrocinadas pelo Programa de Telemedicina do Alentejo.



.....  
telemedicina  
ALENTEJO

APRODO

First

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO – PLANO DE EMERGÊNCIA  
INTERNO – EQUIPAS DE EVACUAÇÃO**





## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Teresa Lourenço Raposo**, assistiu, como Formanda, à acção:

### **Plano de Emergência Interno**

- Introdução
- Funções das equipas de evacuação
- Estrutura de segurança em emergência
- Procedimentos de atuação
- Formação pratica com extintores

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 17 de Janeiro de 2012, e teve a duração total de 2 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.



, 28 de Fevereiro de 2012

Enfermeiro Diretor



## **ANEXO VIII**

### **DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NAS V JORNADAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL**

# V JORNADAS DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL  
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

## Certificado

Para os devidos efeitos declara-se que a(o) Ex.<sup>a(o)</sup> Sr.<sup>a(o)</sup>

**Ana Teresa Lourenço Raposo,**

participou nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral  
do Centro Hospitalar de Setúbal, subordinadas ao tema: “Ver, Ouvir e  
Sentir – Um Olhar Sobre o Cuidar”, que decorreram nos dias 20 e 21 de  
Outubro de 2011.

A Comissão Organizadora das V Jornadas em 21 de Outubro de 2011

COMISSÃO ORGANIZADORA DAS V JORNADAS  
DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA GERAL  
HOSPITAL SÃO BERNARDO SETÚBAL  
NIPC: 901 330 906

20 - 21

**ANEXO IX**

**DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NO CURSO DA CCI 2011**

[Redacted]

### **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Teresa Lourenço Raposo**, assistiu, como Formanda, à acção:

**Curso de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 17 e 18 de Outubro de 2011, e teve a duração total de 12 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

[Redacted], 28 de Fevereiro de 2012

Enfermeiro Diretor

  
[Redacted]

**ANEXO X**

**DECLARAÇÃO COMO FORMADORA SOBRE A NORMA DA PREVENÇÃO DA  
INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO**

[Redacted]

### **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Teresa Lourenço Raposo** participou, como Formadora, da ação:

**Apresentação da Norma de procedimentos "Prevenção da Infecção  
Associada ao Cateterismo Periférico"**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 27 de Junho de 2012, e teve a duração total de 30 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

[Redacted], 20 de Julho de 2012

Enfermeiro Diretor



[Redacted]

## **ANEXO XI**

### **PRESENÇA DE FORMANDOS NA FORMAÇÃO SOBRE A NORMA DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO**



**AÇÃO FORMATIVA** Apresentação da Norma de Procedimentos "Intervenção da Infecção associada ao cateterismo Venoso".

**MÓDULO:**

**Sumário**

- Apresentação e Justificação do tema;
- Recomendações de boa prática de acordo com nível de evidência, permeabilidade do cateter; local de inserção; técnica de inserção; tempo e sua monitorização; Manutenção de cateter / Sistemas; Remoção / Substituição do cateter; Substituição de Sistemas, conexões e Relato.
- Síntese do tema;
- Esclarecimento de dúvidas.

Prelector: Ana Teresa Loureiro Ribeiro

Data: 27/06/12

Hora: 18<sup>h</sup> - 18<sup>h</sup>30'

**PRESENCAS**

NOME	SERVIÇO	RUBRICA
(61036) Paes de Carvalho, Rui	Supervisão	R. Paes
Ana Rita Falcão	S.U.	[assinatura]
Teresa Maria Monteiro (ora) do S.U.	S. U.	[assinatura]
Andreia Filipa Caracol Silva (dona enfermeira)	SU	Andreia Silva
Lucia Isabel da Silva Rodrigues (dona enfermeira)	SU	[assinatura]
ISABELA D. S. A. J. SALGADO	SU	[assinatura]
Ana Cristina Ponte Pereira	SU	Cristina Pereira
Nuno de J. A. [assinatura]	SU	[assinatura]
João [assinatura]	SU	[assinatura]
Cristina Isabel Santos da [assinatura]	SU	Cristina [assinatura]
Ana Lúcia de Jesus Rose [assinatura]	SU	[assinatura]
Joana Isabel Domingues Martins	SU	[assinatura]

**ANEXO XII**

**DECLARAÇÃO DE OBSERVADOR NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

# Certificado

medidas simples  
salvam vidas



Certifica-se que Ana Teresa Lourenço Raposo foi observador no 1º desafio da OMS "Clean Care is Safer Care" no âmbito da implementação da Campanha Nacional de Higiene das Mãos no Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E., Serviço de Urgência, no período de 01/01/2009 a 31/12/2011.

Presidente do Conselho de Administração

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Para ilustrarmos o local onde decorreu os estágios apresentamos a sua descrição.

O Hospital em questão iniciou funções em Junho de 2004. Abrange uma área de influência de cerca de 100 000 habitantes. Cobre ainda uma população de carácter sazonal, condicionada pelos setores económicos do turismo, indústria e distribuição, devido à sua localização costeira e perto de uma área industrial, assim como o seu porto de mar, em constante expansão.

Dispõe de viatura médica de Emergência e Reanimação (VMER) que iniciou funções no hospital dia 9 de Setembro de 2010, após celebração de contrato entre o INEM e a instituição hospitalar. A VMER funciona 24 horas por dia, com Médico e Enfermeiro, com formação específica, de modo a prestar um atendimento urgente adequado à situação clínica de cada pessoa, garantindo sempre que possível o seu transporte devidamente estabilizada para o meio hospitalar.

É um serviço de urgência médico-cirúrgica que visa o atendimento de pessoas em situações de urgência e emergência durante 24 horas diárias. Localiza-se no piso zero, onde se encontram as fundamentais áreas de atuação do mesmo, respetivamente o ambulatório, o internamento e a pediatria.

A área de ambulatória comporta:

Uma sala de triagem de Manchester, a qual é assegurada pela equipa de enfermagem durante as 24 horas, em conformidade com o Protocolo de Triagem de Manchester;

Uma sala de reanimação, destinada à receção de pessoas provenientes do exterior ou do próprio serviço, sempre que se trate de uma situação emergente. Possui duas unidades devidamente equipadas com monitores, dois ventiladores (devidamente montados e testados pelo enfermeiro escalado nesse posto), rampa

de oxigénio e rampa de ar respirável, rampa de vácuo com aspirador montado,ambu, material variado e um carro de urgência preparado (resposto após utilização e revisto na integra no turno da noite de dia 1 de cada mês, pela equipa de enfermagem escalada) para qualquer emergência, com monitor desfibrilhador. Existe um botão que é acionado sempre que necessário, audível dentro do SU para chamar a equipa multidisciplinar.

Destacamos que durante o período de estágio, a maioria dos cuidados foram prestados na sala de emergência, onde nos deparámos com situações de pessoas em situação crítica como pessoa com enfarte agudo do miocárdio; edema agudo do pulmão; hemorragias digestivas; taquicardias; bradicardias; politraumatizados; hipoglicémias; paragem cardio respiratória com necessidade de ventilação invasiva e intoxicações medicamentosas e uma por organofosforados onde colocou em prática o aprendido através do seu projeto de intervenção em serviço.

Voltamos à descrição do serviço este tem três salas de espera, uma delas para as pessoas que aguardam ser triadas e/ou acompanhantes, a segunda para as pessoas triadas com a prioridade amarela e a terceira sala é destinada às triadas com a prioridade verde e azul, as pessoas triadas de vermelho vão para a sala de emergência e as triadas de laranja encaminhadas para a sala aberta.

O serviço tem uma sala para realização de eletrocardiogramas entre a triagem e a sala aberta.

Comporta cinco gabinetes para observação médica, dois destinados aos médicos de clínica geral, um ao médico de medicina e outro para o médico de cirurgia; um outro para todas as especialidades, onde observam as pessoas que estão acompanhadas pelas autoridades (Guarda Nacional Republicana ou Guarda Prisional).

Uma sala aberta, na qual o enfermeiro efetua a primeira abordagem à pessoa, após a triagem, identifica necessidades e estabelece prioridades. É ainda necessário neste posto a observação e vigilância das pessoas, antes, durante e após o tratamento;

Uma sala de tratamentos na qual se realizam diversas técnicas ou prestação de cuidados de higiene e conforto, otimizando o respeito e a privacidade da pessoa;

Uma sala de pequena cirurgia, na qual o enfermeiro é responsável por cuidados específicos a pessoas do foro cirúrgico e apoio na pequena cirurgia em colaboração com a equipa multidisciplinar;

Uma sala de observação e tratamento de traumatologia, na qual o enfermeiro presta cuidados em colaboração com a restante equipa multidisciplinar;

Existem três casas de banho para as pessoas em tratamento.

A área do internamento comporta:

Uma sala de internamento com capacidade para 4 camas, na qual se prestam cuidados de enfermagem gerais e diferenciados a pessoas em situação crítica, principalmente do foro cardíaco e/ou respiratório, com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, sendo esta a mais comum, em que o enfermeiro mantém uma vigilância permanente com monitorização dos parâmetros vitais de forma contínua.

Cada unidade está equipada com monitor cardíaco, rampa de oxigénio e rampa de ar respirável, rampa de vácuo com aspirador montado, ambu, material variado e um carro de urgência (reposto em cada utilização e revisto na integra no turno da noite de dia 1 de cada mês) preparado para qualquer emergência, com monitor desfibrilhador ligado à corrente.

Tem ainda uma sala de observação com a lotação de 10 macas, a qual se destina a pessoas internadas a aguardarem vaga nos diversos serviços, 3 delas possibilitam a monitorização cardíaca, rampa de vácuo com aspirador montado, aporte de oxigénio e rampa de ar respirável para uma vigilância apertada com possibilidade da rápida atuação do enfermeiro pela observação, vigilância, administração de terapêutica e posterior registo cronológico de enfermagem, conforme a necessidade da pessoa, no sentido de prestar cuidados de uma forma holística. Dois locais de macas comportam rampa de oxigénio, rampa de ar respirável e rampa de vácuo com aspirador montado. Sendo que as outras 5



macas se destinam a doentes sem necessidades de vigilância tão apertada face à patologia, antecedentes pessoais e resposta ao tratamento;

O internamento tem uma casa de banho para as pessoas internadas.

O serviço de urgência tem uma área de Pediatria composta com:

Uma sala de espera exclusivamente para as crianças e seus acompanhantes;

Uma sala de tratamentos pediátricos na qual o enfermeiro efetua a Triagem de Manchester e na qual faz a primeira abordagem com a criança e acompanhante, identificando necessidades e procedendo à monitorização se detetados fatores que indiquem a sua necessidade;

Um gabinete de observação na qual o enfermeiro observa, avalia parâmetros vitais, administra terapêutica, efetua registos cronológicos de enfermagem e zela pelo conforto e bem-estar da criança e seus acompanhantes;

Uma sala de observação pelo médico de pediatria;

Uma casa de banho exclusiva para as crianças.

## **MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO E MEDICAMENTOS**

No SU existe material de consumo clínico disponível para as diversas práticas invasivas e não invasivas. A reposição do material de consumo clínico é efetuada todos os dias úteis pelos funcionários do armazém de aprovisionamento, sendo colocado em armários e arrecadação disponíveis no SU. É responsabilidade de cada enfermeiro e/ou assistente operacional da equipa do Serviço de urgência sempre que o primeiro nível acaba, passar o material do 2º nível para a frente, retirar a etiqueta referente ao material em causa e colocá-la em local próprio para posterior reposição.

Os serviços farmacêuticos situam-se no mesmo piso que a urgência, mas devido às características específicas do SU para além do *stock* de fármacos disponíveis em SO e em sala aberta/balcão existe uma arrecadação (farmácia) que é reposta

todos os dias úteis. Esta é utilizada para arrumação de soluções parentéricas, balas de oxigênio, um frigorífico para terapêutica e fármacos específicos necessários ao serviço, que pelas suas características se encontram aí devidamente acondicionados.

## **RECURSOS HUMANOS**

A equipa de enfermagem do SU do hospital é constituída por 34 enfermeiros, dos quais 1 enfermeira responsável pelo serviço (Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica). Os restantes elementos dividem-se por 6 equipas, onde se preconiza que exista um chefe de equipa, um 2º elemento, um elemento afeto à Pediatria e pelo menos 2 enfermeiros com Curso de Triagem de Manchester, podendo haver acumulação de funções anteriormente descritas. A organização interna do pessoal de enfermagem além da Enfermeira responsável, comporta 5 equipas com 6/7 enfermeiros cada, dos quais um é chefe de equipa, o 2º elemento é aquele que assume a chefia da mesma nas ausências do chefe de equipa. A distribuição de enfermagem é de acordo com os postos de trabalho existentes: Triagem geral; Triagem pediátrica; S.O.; extensão de S.O., sala de Ortopedia, Pequena cirurgia, Emergência e Sala Aberta. Em que os mínimos são 7 elementos de manhã, 6 de tarde e 5 de noite.

Em nossa opinião os elementos dos turnos da manhã e da tarde, deveriam aumentar em mais 1 elemento, uma vez que é nestes que se verifica maior afluência de pessoas; transferências inter-hospitalares e mesmo acompanhamentos para exames programados (coronariografias). Assim, sempre que há necessidade de realização de um transporte para outra unidade hospitalar, com acompanhamento de enfermagem, este é assegurado por um enfermeiro escalado no turno em causa, ou chamado um enfermeiro que se encontre a gozar o seu descanso ou folga semanal.

Desta forma, o rácio enfermeiro/doente não é cumprido, além que promove a desmotivação geral da equipa. Por outro lado, a chamada de urgência de um enfermeiro de folga também causa alguma insatisfação, por ser uma situação

inesperada, que vai alterar as suas rotinas e que poderia ser evitada, com a colocação em escala de mais um enfermeiro nos turnos da manhã e tarde.

Existem 2 enfermeiros responsáveis pela auditoria da Triagem de Manchester, 2 responsáveis como elo de ligação à Comissão de Feridas, 2 como elo de ligação à Comissão da Dor, 1 como elo de ligação à Comissão de Controle de Infecção, 2 responsáveis pela Formação em Serviço.

A Equipa Médica é constituída por 14 médicos, 1 Chefe de Equipa, 2 de Clínica Geral, 2 de Medicina Interna, 2 de Cirurgia, 2 de Ortopedia, 1 Intensivista, 1 Anestesiologista, 1 Otorrinolaringologista, 1 Gastroenterologista e 1 Urologista, as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia estão em presença física na Urgência, as restantes estão disponíveis mediante contacto telefónico.

A equipa de Assistentes Operacionais é constituída por 20 elementos, 4 no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 3 no turno da noite.

A equipa de Assistentes Técnicos é constituída por 12 elementos, 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite

Durante as 9 e as 21 horas, temos 1 secretária de unidade que dá apoio administrativo e acompanha os familiares para a visita.

A segurança do serviço é assegurada por uma empresa privada, durante 24 horas.

## **PLANO DE TRABALHO**

A enfermeira responsável pelo serviço faz a distribuição pelos diferentes postos (S.O.; extensão de S.O.; sala aberta, pequena cirurgia, ortopedia, sala de emergência; pediatria e triagem geral), o chefe de equipa assume posto, no entanto fica responsável pela gestão do turno, resolução de problemas e apoio necessário a qualquer dos postos.

O enfermeiro de Sala Aberta assume todas as pessoas de balcão, não existindo diferenciação entre homens e mulheres, o enfermeiro responsável pela pequena cirurgia, ortopedia e sala de emergência deverá assumir as pessoas que são encaminhadas para estes locais assim como, dar apoio à Sala aberta sempre que possível.

O método de trabalho no serviço é por posto de trabalho, sendo num entanto um misto entre o método individual de trabalho e o de equipa, em que cada enfermeiro é responsável por um posto de trabalho, no entanto como se trabalha por equipa, persiste a interajuda que motiva um bom espírito de equipa.

É o enfermeiro do SU que acompanha as pessoas em situação crítica para a realização de exames complementares de diagnóstico, para a Unidade de Cuidados Intensivos e para o B.O, em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Sempre que se verifica a necessidade de transferência de serviço, é efetuado um telefonema para o serviço de destino a informar a equipa e a validar a vaga, reportando de forma sucinta a situação clínica da pessoa. Após realização de nota de cuidados de enfermagem é impresso o processo clínico e formalizada a transferência.

Ao ser transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos é acompanhada pelo enfermeiro responsável, pelo médico e pelo assistente operacional. Se for transferida para o B.O ou para realização de exames complementares de diagnóstico é a situação hemodinâmica da pessoa que dita a necessidade de acompanhamento com médico, sendo que o enfermeiro do SU nestas situações acompanha sempre.

Quando se verifica a necessidade de transferência para um Hospital mais diferenciado, o transporte é efetuado na maioria das vezes por médico e enfermeiro, cabendo ao enfermeiro chefe de equipa a responsabilidade de seleccionar o enfermeiro que acompanhará a pessoa.

Em nosso entender o serviço de urgência tem como característica ser stressante, pois é um serviço frequentemente sobrelotado e com estrutura física insuficiente e

deficiente para o número de pessoas que permanecem em observação. Os recursos humanos não fogem á regra, o que implica maior esforço da equipa para que os cuidados necessários sejam prestados com alguma qualidade.

## **APÊNDICE 2**

### **PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)**



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano 2011/2012

### Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Ana Teresa Lourenço Raposo
<b>Instituição:</b> Hospital Alentejano
<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projeto:</b> Protocolo para cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b>  A entrada de pessoas por intoxicação aguda por OF (organofosforados) nos serviços de urgência tem vindo a aumentar, seja por absorção, inalação, ingestão accidental ou por tentativa de suicídio. De acordo com dados do Centro de Informação Antivenenos (CIAV, 2010), em Portugal no ano de 2009 houve 140 casos de intoxicações com OF e em 2010 aumentou para 280 casos.  “A mortalidade por suicídio antes dos 65 anos registou, nos últimos anos, uma tendência crescente.” (Alto Comissariado da Saúde, 2010. P.4)  Sabendo que a qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e uma exigência (Ordem dos Enfermeiros, 2002), constitui como ponto fulcral a formação da equipa acerca dos cuidados de enfermagem de forma a uniformizar a prestação de cuidados à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência, sendo esta a base para a elaboração deste projeto. A sua área de intervenção de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica insere-se na competência 1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica, mobilizando conhecimentos para cuidar de forma holística e em tempo útil. Similarmente nas unidades de competência “K.1.1- Presta cuidados á pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. K.1.2- Gere a

administração de protocolos terapêuticos complexos.” (Ordem Dos Enfermeiros, 2010, p.3)

Por tudo o que foi descrito e por ser uma área de grande interesse pessoal, propomo-nos a passar da intenção á prática com a realização deste projeto de intervenção em serviço.

#### Diagnóstico de situação

##### Definição geral do problema

Inexistência de protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por organofosforados (OF) na sala de emergência.

**Análise do problema** (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

Em atividade desde Junho de 2004, o Hospital, constitui-se como uma grande referência na área da saúde do Alentejo. A população abrangida pelo hospital é estimada em 100 000 habitantes (Administração Regional da Saúde do Alentejo, 2010). O Alentejo tem as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas nos últimos 10 anos, em destaque nas zonas rurais por ingestão de inseticida (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Na nossa urgência deram entrada em 2010, 124 pessoas com intoxicação aguda de qualquer etiologia, de forma voluntária ou accidental, não nos é possível diferenciar as mesmas por existir uma lacuna a nível do sistema informático que não nos permite saber essas especificidades. (HLA, EPE., 2011)

Os OF são substâncias com atividade anticolinesterásica, usados como inseticidas na agricultura. Pode surgir exposição accidental durante a sua utilização (absorção pela pele ou por inalação), bem como a ingestão com efeitos suicidas. São de fácil aquisição no nosso país, originam intoxicações agudas e crónicas, situações comuns na maioria dos serviços de urgência (Sequeira; André; Miranda e Sá, 1994).

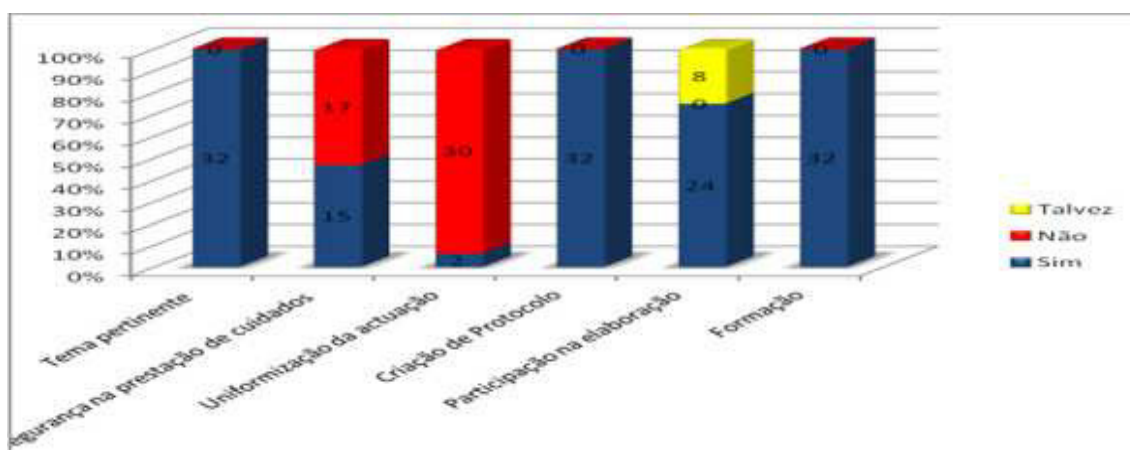
As intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, pois é uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem e encontra-se também integrada no plano de ação do serviço, sendo necessário a renovação teórico-prática da equipa de enfermagem, para qualificar a assistência ao intoxicado. (Estran, 2003)



De forma a conhecermos melhor a opinião da equipa de enfermagem do nosso serviço, sobre a temática em questão, aplicámos um questionário (após pedido de autorização ao Concelho de Administração da Instituição), a 32 dos 34 enfermeiros (não foi aplicado ao enfermeiro responsável pelo projeto, nem a quem estava de férias, no total não se aplicaram 2 questionários), no período de 05 de outubro a 14 de outubro.

Optámos por um questionário, por ser um método de colheita de dados, que “Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p.249)

Este foi estruturado em 6 questões fechadas, para maior objetividade nas respostas e 1 questão aberta, para que os enfermeiros pudessem colocar sugestões (Gráfico nº 1)



**Gráfico nº 1 – Análise global das respostas do questionário**

Da análise do gráfico nº 1, destaca-se que á questão (1): Acha este tema pertinente de estudo, 32 (100%) dos enfermeiros responderam que sim.

À questão (2): Sente segurança na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com intoxicação por organofosforados, 17 (53%) responderam que não.

À questão (3): Julga que no serviço existe uniformização da atuação de enfermagem perante a pessoa intoxicada por organofosforados, 30 (94%)

responderam não.

À questão (4): Seria útil a criação de um protocolo de atuação para o serviço, 32 (100%) responderam sim.

À questão (5): Aceitaria participar na elaboração do protocolo, 24 (75%), responderam que sim e os restantes 8 (25%), responderam talvez.

À questão (6): Acha pertinente formação em serviço na área de intoxicações por organofosforados, todos os enfermeiros 32 (100%), responderam que sim.

Na questão (7): Sugestões, apenas 2 (6,25%), deixaram sugestões como: aquisição de fármacos antídotos para o serviço; formação específica e também em proteção individual adequada.

Concluímos então que esta problemática vai ao encontro das necessidades e expetativas dos enfermeiros do serviço de urgência, pelo que pretendemos criar um envolvimento tanto da administração como de todos os colaboradores, para que exista compromisso para priorizar a qualidade dos cuidados, desenvolvimento num clima de participação na elaboração e continuidade do projeto.

Pois, não é possível fazer sobreviver uma organização, se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes e profissionais. Logo uma cultura organizacional de qualidade permite um ambiente de integração e participação dos seus profissionais, para uma oferta de serviços de qualidade. (Mezomo, 2001)

Optámos também por aplicar uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT (Quadro nº1) para suportar a identificação e validação do projeto. O termo SWOT resulta da conjugação das iniciais das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Esta análise efetua-se através de um quadro (ambiente interno e externo), subdividido em quadrantes, “Ambiente interno (forças e fraquezas) e ambiente externo (oportunidades e ameaças).” (Carvalho, Costa e Dominginhos, 2009, p.53). Que passamos a analisar através do quadro nº 1.

Ambiente Interno	<b>S-Strengths (pontos fortes/forças)</b>	Inexistência de protocolo de atuação à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência; Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF; Equipa de Enfermagem com formação na área
	<b>W-Weaknesses (pontos fracos/fraquezas)</b>	Fraca adesão da equipa de enfermagem ao projeto
Ambiente Externo	<b>O-Opportunities (oportunidades)</b>	Projeto vai de encontro às necessidades e expectativas dos enfermeiros, está consonante com o plano de ação do serviço
	<b>T-Threats (ameaças)</b>	A não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Conselho de Administração (Presidente do C.A. Demissionária, em gestão corrente)

**Quadro nº 1- Análise SWOT**

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência, tal será conseguido com formação em serviço dos enfermeiros na área; com a elaboração e implementação de

protocolo de atuação. (forças)

No que concerne às fraquezas do projeto, consideramos que estão relacionadas com a fraca adesão dos enfermeiros. No entanto foi acautelada com a aplicação prévia de questionários aos mesmos, de forma a envolvê-los no projeto, verificou-se que 32 (100%) dos enfermeiros consideram útil a criação do protocolo de atuação.

Como oportunidades identificamos que o projeto vai de encontro às necessidades e expectativas dos enfermeiros, está de acordo com o plano de ação do serviço, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada, que permita alcançar os objetivos da equipa e do serviço.

Como ameaças consideramos a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Conselho de Administração, no entanto já devidamente acautelada com o pedido de autorização para a realização do projeto onde salvaguarda a elaboração do protocolo e que já nos foi concedida a autorização.

Similarmente ao longo deste projeto terão em atenção os objetivos da instituição, do serviço e dos enfermeiros, uma vez que pretendemos que este projeto tenha sucesso, apostamos no envolvimento de todos desde o seu início. Uma vez que pessoas motivadas adicionam valor aos processos e garantem resultados para a instituição (Mezomo, 2001). Temos a certeza que garantimos a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre intoxicações por OF  
Promoção da adesão dos profissionais ao projeto

Ausência de indicadores de intoxicações por OF que recorrem ao serviço  
Indisponibilidade de antídoto (Obidoxima), no serviço

Inexistência de protocolo de atuação à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência

Défice de formação dos profissionais na atuação ao intoxicado por OF

**Determinação de prioridades**

Aquisição de conhecimentos

Envolvimento da equipa no projeto

Registo de todas as intoxicações por OF, em livro colocado na sala de emergência

Aquisição de antídoto para o serviço

Elaboração de protocolo de atuação à pessoa com intoxicação por OF

Realização de formação em serviço sobre atuação ao intoxicado por OF

Implementação do protocolo;

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

**OBJETIVO GERAL:**

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar;
- Envolver a equipa de enfermagem no projeto;
- Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao número e tipo de intoxicações por OF;
- Adicionar oxima à carga base medicamentosa da sala de emergência;
- Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência;
- Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicada por OF;

➤ Implementar protocolo.

**Referências Bibliográficas** (Norma Portuguesa)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO. *Perfil de Saúde do Alentejo*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP., 2010.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a saúde*, 2010, Vol. II.

CARVALHO, Luisa; COSTA, Teresa e DOMINGUINHOS, Pedro. *Empreendedorismo uma Perspectiva Multidimensional- Teoria e Prática*. Setúbal. Autores, 2009.

CIAV. *Casuística 2010*. Disponível em [www.inem.pt/ciav](http://www.inem.pt/ciav). Acedido [ 19 de setembro de 2011].

ESTRAN, Neiva Valesque Brum. *Sala de emergência: emergências clínicas e traumáticas*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. ISBN: 85-7025-710-4.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo De Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-x.

HLA, EPE.. *Episódios- Análise Temporal- Causa de visita*: HLA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Boletim Mensal de Estatística*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010. ISBN: 0032-5082.

MEZOMO, João. *Gestão da Qualidade na Saúde, princípios básicos*. Brasil: Copyright, 2001. ISBN: 85-204-1263-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1-4.

SEQUEIRA, F. João; ANDRÉ, Paulo; MIRANDA, Helena e SÁ, João. *Intoxicação por organofosforados- Avaliação prognóstica em 143 doentes. Medicina Interna*. 1994 Nº 1, Vol. 1, p. 7-13.

Data: 15 de outubro de 2011

Revisão em 05 de Novembro de 2011

Revisão em 03 de Janeiro de 2012

Assinatura: Ana Teresa Lourenço Raposo

### **APÊNDICE 3**

#### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA PARA REALIZAÇÃO DO PIS**

*Adelmaide Boia*  
 Presidente do Conselho  
 de Administração  
 Adelmaide Boia

*20/11/2011*

*8*

Ao Conselho de Administração

Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito dos estágios que se pretendem desenvolvidos de acordo com a metodologia de projecto, em torno da identificação de uma problemática (problema/ oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação. Vem por este meio informar vossas Ex.ª que se propôs efectuar o projecto dentro do tema das intoxicações por organofosforados.

Para melhorar a segurança dos cuidados prestados ao cliente com intoxicação por organofosforados no Serviço de Urgência vem requerer ao Conselho de Administração a autorização para a sua realização.

No processo da metodologia de projecto, iniciará por realizar o diagnóstico da situação em que aplicará questionários aos enfermeiros do Serviço de Urgência (segue em anexo), após o qual procederá ao planeamento podendo este incluir a realização de NOCs, cartaz, folhetos, acções de formação, etc., o necessário e pertinente ao alcance da finalidade do projecto. Na fase de execução passará das palavras à acção. Executando e posteriormente avaliando as medidas implementadas.

Consciente que este projecto de intervenção em serviço lhe proporcionará uma aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem Médico-Cirúrgica, permitirá a realização de boas práticas em contexto de trabalho, que seguramente vai de encontro aos objectivos deste Hospital, pelo que conta com a colaboração de todos.

Sem outro assunto, encontra-se disponível para qualquer esclarecimento, aguarda deferimento.

*A 11ª enf. responsável xls S.V.*  
*para fazer o favor de responder.*

*15.09.11*

, 13 de Setembro de 2011

Atenciosamente

Ana Teresa Lourenço Raposo

*Ana Teresa Lourenço Raposo*

*Gratidão pelo envio e  
 das informações para a realização do  
 projecto de estágio de enfermeiros  
 no serviço de  
 Urgência*

*19.09.11*

*Gratidão 15.09.11*

Presidência	
1.ª Vice-presidência	
2.ª Vice-presidência	
3.ª Vice-presidência	
4.ª Vice-presidência	
5.ª Vice-presidência	
6.ª Vice-presidência	
7.ª Vice-presidência	
8.ª Vice-presidência	
9.ª Vice-presidência	
10.ª Vice-presidência	
11.ª Vice-presidência	
12.ª Vice-presidência	
13.ª Vice-presidência	
14.ª Vice-presidência	
15.ª Vice-presidência	
16.ª Vice-presidência	
17.ª Vice-presidência	
18.ª Vice-presidência	
19.ª Vice-presidência	
20.ª Vice-presidência	



**APÊNDICE 4**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SU SOBRE**

**PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO**

Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfermeira a exercer funções no serviço de urgência, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito dos estágios que se pretendem desenvolvidos de acordo com a metodologia de projeto, em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação. Assim, propôs efetuar o projeto dentro do tema das intoxicações por organofosforados.

Para avaliar a pertinência do tema, no seio da equipa de enfermagem, solicitamos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

O preenchimento do questionário é anónimo, voluntário e poderá desistir a qualquer momento sem qualquer represália.

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enf<sup>a</sup> no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem

Enf<sup>a</sup> Orientadora- A. C. V. G.

Prof- M. L. M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica**

## QUESTIONÁRIO

Assinale com “X” a sua resposta. Se necessitar de anular coloque um círculo á volta da resposta.

- 1- Acha este tema pertinente de estudo? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
- 2- Sente segurança na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas intoxicadas por organofosforados? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
- 3- Julga que no serviço existe uniformização da atuação de enfermagem perante a pessoa intoxicada por organofosforados? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
- 4- Seria útil a criação de um protocolo de atuação para o serviço?  
Sim \_\_\_ Não\_\_\_
- 5- Aceitaria participar na elaboração do protocolo? Sim \_\_\_ Talvez \_\_\_  
Não\_\_\_
- 6- Acha pertinente formação em serviço na área de intoxicações por organofosforados? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
- 7- Sugestões:

---

---

Obrigado pela colaboração.

Enfermeira

Ana Teresa Lourenço Raposo

**APÊNDICE 5**  
**ANÁLISE SWOT**

Ambiente Interno	<b>S-Strengths (pontos fortes/forças)</b>	Inexistência de protocolo de atuação à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência; Melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF; Equipa de Enfermagem com formação na área
	<b>W-Weaknesses (pontos fracos/fraquezas)</b>	Fraca adesão da equipa de enfermagem ao projeto
Ambiente Externo	<b>O-Opportunities (oportunidades)</b>	Projeto vai de encontro às necessidades e expectativas dos enfermeiros, está consonante com o plano de ação do serviço
	<b>T-Threats (ameaças)</b>	A não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Conselho de Administração (Presidente do C.A. Demissionária, em gestão corrente)

**Quadro- Análise SWOT**

Passamos à descrição e análise SWOT.

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência, tal será conseguido; com a elaboração e implementação de protocolo de atuação. E com formação em serviço dos enfermeiros na área. (forças)

No que concerne às fraquezas do projeto, consideramos que estão relacionadas com a fraca adesão dos enfermeiros. No entanto foi acautelada com a aplicação prévia de questionários aos mesmos, de forma a envolvê-los no projeto, verificámos que 32 (100%) dos enfermeiros consideram útil a criação do protocolo de atuação.

Como oportunidades identificámos que o projeto vai de encontro às necessidades e expectativas dos enfermeiros, está de acordo com o plano de ação do serviço, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada, que permita alcançar os objetivos da equipa e do serviço.

Como ameaças consideramos a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Conselho de Administração, no entanto já devidamente acautelada com o pedido de autorização para a realização do projeto onde salvaguarda a elaboração do protocolo e que já nos foi concedida a autorização.

Similarmente ao longo deste projeto terão em atenção os objetivos da instituição, do serviço e dos enfermeiros, uma vez que pretendemos que este projeto tenha sucesso, apostamos no envolvimento de todos desde o seu início. Uma vez que pessoas motivadas adicionam valor aos processos e garantem resultados para a instituição (Mezomo, 2001). Temos a certeza que garantimos a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

**APÊNDICE 6**  
**PLANEAMENTO DO PROJETO**

## Mestrado em Enfermagem

### Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Ana Teresa Lourenço Raposo	<b>Orientador:</b> Enfermeira Especialista em EMC A.C.G.
<b>Instituição:</b> Hospital Alentejano.	<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projeto:</b> Protocolo para cuidar, com qualidade, a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência	
<p><b>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><b><u>OBJETIVO GERAL</u></b> Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.</p> <p><b><u>OBJETIVOS Específicos:</u></b></p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar</p> <p>Envolver a equipa de enfermagem no projeto</p> <p>Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao número e tipo de intoxicações por organofosforados</p> <p>Adicionar oxima à carga base medicamentosa da sala de emergência</p> <p>Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência</p> <p>Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicado por OF</p> <p>Implementar o protocolo</p>	



**Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção** (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enfermeira Responsável do Serviço- Enf<sup>a</sup> Especialista G.F.

Enfermeira Orientadora Especialista em EMC- A.C.G.

Coordenador do Serviço- Dr. C.A.

Enfermeiro Diretor- I.N

Presidente do Conselho de Administração- Dr.<sup>a</sup> A.B.

Elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência

Enfermeira Responsável pela Formação em serviço - Enf<sup>a</sup> Especialista A.C.G.

Bibliotecária- R.O.

Professora Doutora em EMC- L.M.

Revisto a 03/01/2012 Data: 20/11/2011 Assinatura: Ana Teresa Lourenço Raposo

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar	Aquisição e análise de dados estatísticos sobre intoxicações por OF na instituição e através do Centro de Informação Antivenenos (CIAV);	Estudante Informático da estatística Coordenador do serviço de urgência	<i>E-mail</i> para o CIAV Base de dados da urgência do HLA	12/09/11 a 19/09/11	Receção de resposta positiva do CIAV e estatística do HLA
	Pesquisa de bibliografia sobre intoxicações por OF, nomeadamente: causas; manifestações e abordagem terapêutica;	Estudante	Internet Livros Artigos	Até á 4ª semana de Junho de 2012	Atualização e aprofundamento de conhecimentos
	Elaboração de <i>dossier</i> temático de apoio que depois fica no serviço	Estudante	<i>Dossier</i>	Até á 4ª semana de Junho de 2012	Que 5% dos enfermeiros tenham manuseado o <i>dossier</i>

Envolver a equipa de enfermagem no projeto	Construção de questionários;	Estudante	PC Papel	1ª Semana de Setembro	Questionário elaborado
	Pedido de autorização (através de carta) ao Concelho de Administração para aplicação dos mesmos;	Estudante	Papel	1ª Semana de Setembro	Parecer positivo do C.A.
	Aplicação de questionários;	Estudante Equipa de Enfermagem	PC <i>E-mail</i>	2ª e 3ª semana de Setembro	80% dos questionários preenchidos

<p>Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao nº e tipo de intoxicações por OF</p> <p>Adicionar oxima à carga base medicamentos a da sala de emergência</p>	<p>Apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários (anónimos) á equipa de enfermagem;</p>	<p>Estudante</p>	<p><i>E-mail</i></p>	<p>1ª à 4ª Semana de Novembro</p>	<p>80% Dos enfermeiros receberam a estatística dos dados</p>
	<p>Sempre que ocorra uma entrada no serviço de urgência por intoxicação por OF, registá-la no livro da sala de emergência</p>	<p>Equipa de enfermagem afeta á sala de emergência</p>	<p>Caneta  Livro</p>	<p>A partir da 3ª de semana de Setembro</p>	<p>Apresentação estatística de registos da especificidade da intoxicação</p>
	<p>Aquisição de oxima para a sala de emergência</p>	<p>Estudante</p> <p>Enfermeira Responsável</p> <p>Coordenador do serviço</p> <p>Responsável Farmacêutico</p>	<p>Requisição informática</p>	<p>1ª á 4ª Semana de Novembro</p>	<p>Existência de oxima no serviço</p>

Elaborar protocolo de atuação perante a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência	Construção de protocolo;	Estudante	PC	1ªSem. de Janeiro até á 4ª de Fevereiro 2012	Existência de protocolo
	Conhecimento por parte da equipa multidisciplinar do protocolo, para puderem opinar e se assim se justificar proceder á sua alteração final;	Estudante Equipa multidisciplinar	PC PC	Da 1ª á 4ª semana de Março 2012	Protocolo alterado se necessário
	Pedido de homologação da pelo Coordenador do serviço de Urgência e Enfermeira Responsável e ao Concelho de Administração	Estudante Estudante	PC	Da 1ª á 4ª semana de Abril	Protocolo homologado

<p>Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicada por OF</p>	Planeamento da formação	Estudante	PC	Da 1ª semana de Abril á 4ª de Maio	Finalizada a construção de diapositivos
	Preparação da apresentação em suporte informático (diapositivos)	Estudante Formadores	Reunião com Enfermeira Responsável pela Formação	1ª Semana de Abril	
	Convite a colegas que realizaram pós-graduação em emergência-Urgência e/ou trabalham na VMER, para colaborarem na realização da formação	Estudante Enfermeira Responsável pela formação em serviço	PC Papel E-mail	2ª Semana de Abril 2012	Presença de pelo menos 1 formador externo ao projeto

	Elaboração do plano da sessão	Estudante	PC	2ª Semana de Abril 2012	Plano da sessão efetuado
			Data Show		
			Papel (folhas de presença)		
			Material Didático		
	Articulação com a Enfermeira responsável pela formação do serviço para disponibilidade de sala	Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço	Papel (folha de avaliação da formação)	Da 3ª semana de Abril á 4ª de Maio 2012	Sala disponível
	Divulgação da formação no placard da sala de enfermagem da urgência (data, hora e local) / via intranet para <i>mail</i> de todos elementos da equipa	Estudante Formadores	Papel PC	Da 1ª á 4ª semana de Junho 2012	80% dos enfermeiros tem conhecimento da formação

	Realização da formação (Enfermeiros e médicos)	Formandos Estudante	PC Papel	Da 1ª à 4ª semana de Junho 2012	60% dos enfermeiros presentes na formação;  Pelo menos 1 médico presente
	Avaliação da formação	Estudante	PC Papel	A partir da 1ª semana de Junho	Que atinga 50% das expectativas dos formandos presentes



Implementar protocolo	Disponibilização do protocolo em suporte de papel e na pasta de enfermagem (informática) do SU.	Estudante Informáticos	PC Papel	Da 1ª semana de Abril à 2ª de Julho	60% dos enfermeiros tenham conhecimento do protocolo
	Construção de check-list para observação do desempenho e do processo	Estudante	PC Papel	A partir da 1ª semana de Abril	Existência de check-list para diminuição das falhas de execução do protocolo;  Que pelo menos 5 enfermeiros respondam corretamente a 2 perguntas do Protocolo

## Cronograma

[illegible]

**Orçamento:** A implementação deste projeto não acarreta custos financeiros adicionais

Recursos Humanos:

Colaboração da equipa de enfermagem do serviço de urgência;

Colaboração dos colegas convidados para formação em serviço

Recursos Materiais:

Cartazes;

Material didático e informático;

Sala para formação

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

Relacionados com limitação temporal para planeamento e implementação do projeto;

Gestão corrente do Concelho de Administração (Presidente do C.A. demissionário)

Data\_20/11/ 2011    Assinatura: Ana Teresa Lourenço Raposo  
Revisto a 19/12/2011    Revisto a 03/01/2012

Docente: M.L.M.

**APÊNDICE 7**  
**CRONOGRAMA INICIAL**

## Cronograma Inicial

[illegible]

**APÊNDICE 8**  
**CRONOGRAMA FINAL**

## Cronograma Final

[illegible]

**APÊNDICE 9**

**CARTA ENVIADA AO CA PARA HOMOLOGAÇÃO DO PROTOCOLO DE  
ATUAÇÃO PERANTE PESSOA INTOXICADA POR OF NA SALA DE  
EMERGÊNCIA**



Ao Conselho de Administração

Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no âmbito dos estágios que se pretendem desenvolvidos de acordo com a metodologia de projeto, em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação. Vem por este meio informar vossas excelências, que se propôs efetuar um protocolo de atuação perante um intoxicado por organofosforados na sala de emergência. Como já é do vosso conhecimento, uma vez que o enviou para que pudessem opinar sobre o mesmo. Como não houve sugestões para reestruturação, pensa que o mesmo possa ser homologado, para dar continuidade ao projeto agora na fase de divulgação e implementação do protocolo.

Pelo que vem requerer ao Conselho de Administração a homologação do protocolo, que permitirá melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por organofosforados, a realização de boas práticas em contexto de trabalho, que seguramente vai de encontro aos objetivos deste Hospital, pelo que conta com a colaboração de todos.

Sem outro assunto, encontra-se disponível para qualquer esclarecimento, aguarda deferimento.

, 6 De Março de 2012

Atenciosamente

Ana Teresa Lourenço Raposo

**APÊNDICE 10**  
**PROTOCOLO HOMOLOGADO**

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1
--	--	-------------------------------

## PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)

### HOMOLOGAÇÃO

Conselho de Administração, em

*Homodofe*  
*12/3/2012*  
**PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Enfermeiro Director

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, 3 de Março de 2012

Enfª Orientadora

Prof.



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 2 de 16
--	---	--

**LISTA DE SIGLAS:**

AChE (Acetilcolinesterase)

CA+ (Cálcio)

CIAV (Centro de Intoxicações Antivenenos)

ENG (Entubação Nasogástrica)

GR (Grama)

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)

K+ (Potássio)

MG (Miligrama)

MG/H (Miligrama por hora)

MG/HG/H (Miligrama por hilo grama por hora)

ML (Mililitro)

NA+ (Sódio)

OF (Organofosforados)

PA (Protocolo de Atuação)

SAV (Suporte Avançado de Vida)

SNC (Sistema Nervoso Central)

SNG (Sonda nasogástrica)

SF (Soro fisiológico)

SU (Serviço de Urgência)

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	<b>PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 3 de 16</b>
--	---	--

## **O- INTRODUÇÃO**

A entrada de pessoas por intoxicação aguda por organofosforados (OF) nos serviços de urgência tem vindo a aumentar, seja por absorção, inalação, ingestão accidental ou por tentativa de suicídio. De acordo com dados do Centro de Informação Antivenenos (CIAV, 2010), em Portugal no ano de 2009 houve 140 casos de intoxicações com OF e em 2010 aumentou para 280 casos.

Sabendo que a qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e uma exigência (Ordem dos Enfermeiros, 2002), constitui como ponto fulcral a formação da equipa acerca dos cuidados de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência, sendo esta a base para a elaboração deste protocolo.

### **1- OBJETIVO**

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência

### **2- ÂMBITO**

Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência.

### **3- RESPONSABILIDADES**

Conselho de Administração:

Homologar e divulgar o PA.

Profissionais do

Cumprir o presente PA.

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1 Página 4 de 16
--	---	---

#### 4- REFERÊNCIAS

ARENDSE, REGAN E IRUSEN, ELVIS. *An atropine and glycopyrrolate combination reduces mortality in organophosphate*. Human & Experimental Toxicology, v. 28, nº 11, p. 715-720 de Novembro de 2009. b-on- Disponível em <http://web.ebscohost.com/resultsadvanced?sid=>. [ 13 de Dezembro de 2011.]

BJORLING-POULSEN, MARINA, ANDERSEN, HELLE E GRANDJEAN, PHILIPPE. *Potencial developmental neurotoxicity of pesticides used in Europe*. Environmental Health, v. 7, nº 50, p. 1-22 de 2008. Disponível em <http://www.ehjournal.net/content/pdf/1476-069x-7-50.pdf>. [ 13 de Dezembro de 2011.]

CALDAS, LUIZ. *Intoxicações Exógenas Agudas Por Carbamatos, Organofosforados, Compostos Bipiridílicos E Piretróides*. Centro de Controle de Intoxicações de Niterói- RJ, 2010. Disponível em <http://www.uff.br/ccin/>. [ 15 de Dezembro de 2011.]

CIIV. *Casuística 2010*. Disponível em [www.inem.pt/ciiv](http://www.inem.pt/ciiv). [ 19 de Setembro de 2011.]

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. *Guidelines for Resuscitation*. European Resuscitation Council, 2010. Disponível em <http://www.youblisher.com/p/136040-manual-de-primeiros-socorros-sbv>. [ 7 de Novembro de 2011.]

DECRETO- LEI Nº 173/2005 DE 21 DE SETEMBRO. *Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Regula as atividades de distribuição, venda, prestação de serviços de aplicação de produtos fitofarmacêuticos e a sua aplicação pelos utilizadores finais*. Lisboa: Diário da República, 2005. Vols. I Série- A, nº 203, p. 6123-6131.

DIREÇÃO-GERAL DE AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL. *Guia Dos Produtos Fitofarmacêuticos - Lista Dos Produtos Com Venda autorizada*. DGADR-Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural, 2011. Disponível em <http://www.drapc.min-agricultura.pt/base/documentos/guiafito2010.pdf>. ISBN: 0871-0287. [ 23 de Janeiro de 2012.]

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1 Página 5 de 16
--	--	---

ESTRAN, NEIVA VALESQUE BRUM. *Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas*. Porto Alegre: UFRGS, 2003. ISBN: 85-7025-710-4.

GODDARD, ANDREW E DEAR, JAMES. *Management of the poisoned patient*. Anaesthesia & Intensive Care Medicine, 2010. b-on- Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/journal/14720299/11/11>. [13 de Dezembro de 2011.]

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. *Manual De Suporte Avançado De Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011.

JOKANOVIC, MILAN E KOSANOVIC, MELITA. *Neurotoxic effects in patients poisoned with organophosphorus pesticides*. Environmental Toxicology and Pharmacology, v. 29, nº 3, p. 195-201 de Maio de 2010. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science>. [ 13 de Dezembro de 2011.]

LIU, JIUNG- HSIUN, ET AL. *Acid-base interpretation can be the predictor of outcome among patients with acute organophosphate poisoning before hospitalization*. The American Journal of Emergency Medicine, volume 26, nº 1, p. 24-30 de january de 2008. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/sciense?ob=MiamilmageuRL&cid>. [ 13 de Dezembro de 2011.]

LORKE, D. E., ET AL. *Eigt new bispyridinium oximes in comparison with the conventional oximes pralidoxime and obidoxime: in vivo efficacy to protect from disopropyfluorophosphate toxicity*. JOURNAL OF APPLIED TOXICOLOGY, Vol. 28, nº 7, p. 920-928 de 2008. Disponível em <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jat.1359/pdf>. [ 13 de Janeiro de 2011.]

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. 2002.

RODRIGUEZ, MARIO, ET AL. *Intoxicación por organofosforados con nesidad de altas dosis de atropina y administración tardía de oximas*. MedUNAB, nº 1, p. 44-50 de vol.13 de 2010. Disponível em <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&pathy%5B%5D=427>. [ 13 de Dezembro de 2011.]

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1 Página 6 de 16
--	---	---

SHADNIA, SHAHIN, ET AL. *Prognostic Value of long QT Interval in Acute and severe Organophosphate Poisoning*. Journal of Medical Toxicology, v. 5, nº 4, p. 196-199 de Dezembro de 2009. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=> [ 13 de Dezembro de 2011.]

SHEEHY, SUSAN. *Enfermagem De Urgência- Da Teoria à Prática*. Loures : Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-16-9.

VIJAYAKUMAR, SUBASH, ET AL. *A prospective Study on Electrocardiographic Findings of Patients with Organophosphate Poisoning*. Cardiovasc Toxicol, nº 11, p. 113-117. 2011. Disponível em b-on-<http://www.springerlink.com/content/t1p46p3308237736/fulltext.pdf>. [ 13 de Dezembro de 2011.]



	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 7 de 16
--	---	--

## 5- CONCEITOS E DEFINIÇÕES


### Intoxicação aguda por organofosforados (OF)

OF são inseticidas, utilizados na agricultura para prevenir, destruir e repelir pragas, para manter e aumentar as culturas, são absorvidos pelo organismo, pela via respiratória, oral e cutânea com efeitos nocivos no ser humano. Por via oral ocorre nas intoxicações agudas acidentais e nas tentativas de suicídio. (Sheehy, 2001; Bjorling- Poulsen [et. Al.], 2008; Caldas, 2010)

Os OF são produtos lipossolúveis, inibidores das colinesterases, enzimas que atuam provocando a acumulação de acetilcolina nas terminações nervosas, fundamental para o funcionamento do Sistema Nervoso Central (Rodriguez, Leotau e Morales, 2010). A acetilcolina é o medidor químico necessário para a transmissão do impulso nervoso para as fibras pré ganglionares do SNC, fibras parassimpáticas pós ganglionares e fibras simpáticas pós ganglionares. É ainda transmissor do nervo motor do músculo estriado e sinapses do SNC. (Lorke [et. Al], 2008; Caldas, 2010; Vijayakumar [et.al], 2011)

Os OF são classificados em N- perigoso para o ambiente ; T- tóxico



; Xn- nocivos e Xi- irritantes ou sensibilizantes , de acordo com a Direção-Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural (2011) no Guia dos produtos fitofarmacêuticos-Lista dos produtos com venda autorizada. O mesmo guia também descreve o enquadramento legal, de salientar o Decreto-Lei n.º 101/2009, de 11 de Maio, que regula o uso não profissional de produtos fitofarmacêuticos em ambiente doméstico, estabelecendo condições para a sua autorização, venda e aplicação, e procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 173/2005, de 21 de Outubro.

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 8 de 16
--	---	--

Assim no quadro nº 1 apresentamos a substância ativa, marca comercial e classificação de toxicidade dos OF.

Substância Ativa	Marca Comercial	Classificação de toxicidade
CLORPIRIFOS	PYRINEX 250 ME (Micra emulsão)	Xi e N
	DURSBAN 4	Xn e N
	CORTILAN	Xn e N
	CYREN 48 EC (Concentrado para emulsão)	Xn e N
	CICLONE 48 EC	Xn e N
	RISBAN 48 EC	Xn e N
	CLORFOS 48	Xn e N
	DESTROYER 480 EC	Xn e N
	PIRIFOS 48	XN e N
	PYRINEX 5 G	N
	CYREN 5 G	N
	NUFOS 5 G	N
	PIRIFOS 5 G	N
	CLORMAX	Xn e N
	CLORFOS 5 G	N
	CICLONE 5 G	N
	DESTROYER 5 G	N
	RISBAN 5 G	N
DIMETOATO	DIMETAL	XN e N
	PERFEKTHION	Xn e N
	DANADIM PROGRESS	Xn e N
	DAFENIL PROGRESS	Xn e N
	DIMISTAR PROGRESS	Xn e N
	DIMETEX	Xn e n
ETOPROFOS	MOCAP 10 GR (Grânulos)	T e N
FORMETANATO	DICARLOL	T e N
FOSMETE	IMIDAN 50 WP (Pó molhável)	Xn e N
FENAMIFOS	NEMACUR CS (Suspensão de capsulas)	Xn e N
PIRIMIFOS-METILO	ACTELIC 50	Xn e N

Quadro nº 1- Classificação de OF por substância ativa, nome comercial e toxicidade (fonte: DGADR, 2011)

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	<b>PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 9 de 16</b>
--	---	--

### **Manifestações Clínicas**

A sintomatologia pode manifestar-se cinco minutos a 12 horas após a exposição e sempre antes das 24 horas, dependendo da via de absorção, do tipo e quantidade de produto ingerido. A clínica observada deve-se a um aumento da acetilcolina nas sinapses (crise colinérgica), provocando os efeitos muscarínicos, os nicotínicos e no sistema nervoso central. (Liu [et. Al], 2008; Shadnia [et.al.], 2009; Caldas, 2010; Vijayakumar [et.al], 2011)

### **Manifestações Muscarínicas**

As manifestações muscarínicas mais frequentes são aperto torácico, pieira, dispneia, tosse, edema agudo do pulmão, cianose, miose, hipersecreção das glândulas salivares, lacrimais, sudoríparas e brônquicas, náuseas e vômitos, dores abdominais e diarreia, bradicardia e hipotensão, incontinência dos esfíncteres. (Arendse e Iruzen, 2009; Jekanovic e Kosanovic, 2010; Goddard e Dear, 2010; Vijayakumar [et.al], 2011)

### **Manifestações nicotínicas**

Estas manifestações são mialgias, fadiga, contrações musculares involuntárias, tremores da língua e palpebrais, palidez, paralisia flácida, taquicardia, hipertensão, hiperglicemia (contraindicado administração de insulina). (Arendse e Iruzen, 2009; Jekanovic e Kosanovic, 2010; Goddard e Dear, 2010; Vijayakumar [et.al], 2011)

### **Manifestações do SNC**

Estas são labilidade emocional, ansiedade, cefaleias, confusão, convulsões, bradicardia, depressão do centro respiratório (respiração de Cheyne-Stokes) e circulatório. (Arendse e Iruzen, 2009; Jekanovic e Kosanovic, 2010; Goddard e Dear, 2010; Vijayakumar [et.al], 2011)

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	<b>PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 10 de 16</b>
--	---	---

## 6- DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

### 6.1- Abordagem Terapêutica

As intoxicações por OF são uma causa importante de mortalidade em todo o mundo, tratando-se assim de uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata. (Estran, 2003; Arendse e Iruen, 2009)

As medidas terapêuticas consistem em diminuir a absorção do produto, aumentar a sua eliminação e administrar antídotos específicos. Assim como a segurança da equipa multidisciplinar que presta cuidados, evitar a exposição ao tóxico, com o uso obrigatório de equipamento de proteção individual: máscara, óculos, luvas, bata e touca. (Instituto de Emergência Médica, SAV, 2011)

Avaliar e iniciar procedimentos à pessoa seguindo a sequência ABCDE (via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição. Simultaneamente tentativa de colheita de história: O quê? Como? Quanto? Quando? Porquê? (European Resuscitation Council, 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, SAV, 2011). Consultar o centro de Informação Antivenenos (CIAV), atempadamente se possível, logo a seguir à triagem da pessoa.

A pessoa intoxicada por organofosforados exige cuidados de enfermagem diferenciados e sistematizados, sendo de extrema importância que o enfermeiro estabeleça prioridades de acordo com a sintomatologia apresenta. Para que possa cuidar de forma atempada e planeada, daí a importância da existência de Protocolo de enfermagem para cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência.

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	PA ..... 03-03-2012 Revisão 1 Página 11 de 16
--	---	--

O tratamento das intoxicações agudas por organofosforados pode ser dividido em medidas gerais e específicas.

### **6.1.1- Medidas Gerais**

#### **1- Prevenção ulterior do tóxico**

Descontaminação, com remoção de roupas e lavagem corporal com água morna e sabão. Ter especial atenção às pregas cutâneas, unhas, orelhas e cabelo. A lavagem dos olhos deve ser efetuada com irrigação abundante com água a partir do bordo nasal. (Shadnia [et.al], 2009; Liu [et.al], 2008; Caldas, 2010; Jokanovic [et.al], 2010; Rodriguez [et.al], 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011)

#### **2- Remoção do tóxico absorvido**

Não induzir o vômito, proceder à lavagem gástrica para remover o tóxico existente no estômago ou completar o esvaziamento gástrico. Deverá ser efetuada nas primeiras 2 horas após a ingestão do tóxico, podendo ir até um período de 12 horas. No caso de a pessoa estar inconsciente ou em falência respiratória é prioritária a entubação endotraqueal, de modo a diminuir o risco de aspiração brônquica. A entubação nasogástrica deve ser com sonda de grande calibre. Explicar a necessidade e os procedimentos que vão ser efetuados de modo a diminuir a ansiedade e facilitar a colaboração. A pessoa deve ser colocada preferencialmente em Trendelenburg e em decúbito lateral, prevenindo desde modo a aspiração de vômito, facilitando o esvaziamento gástrico rápido e o aporte sanguíneo aos órgãos nobres. Após a ENG aspirar o conteúdo residual, para remover o maior volume possível de conteúdo gástrico. A lavagem gástrica é feita com soro fisiológico à temperatura corporal, evitando assim a hipotermia, é necessária a utilização de grandes quantidades de líquido, instilando de cada vez 200 a 500 ml, quantidades superiores podem acelerar a sua passagem para o duodeno, até que o líquido de retorno seja limpo não excedendo os 10 l, de modo a prevenir o risco de espoliação de eletrólitos.

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	PA- 03-03-2012 Revisão 1 Página 12 de 16
--	---	---

Anotar sempre os líquidos entrados e saídos, para avaliar se houve retenção.

A administração de absorvente (carvão ativado) vai reduzir a absorção do tóxico a nível gastrointestinal, evitando a sua passagem para a corrente sanguínea. Deve ser feita na dose de 50 gr em 200 ml de água. Este procedimento deverá ser feito de 4 em 4 horas e o conteúdo gástrico esvaziado antes de cada administração, deixando a SNG lavada e clampada. A sua suspensão é efetuada, quando a pessoa apresentar dejeções diarreicas ou suspender a atropina.

A administração de purgante salino (sulfato de sódio ou sulfato de magnésio), permite uma rápida eliminação do tóxico. A dose administrada é de 30 gr e conjuntamente com o carvão ativado, devendo ser suspensa quando houver diarreia com o carvão, caso contrário manter enquanto fizer atropina.

O enema de limpeza até sair água limpa, tem como objetivo aumentar a eliminação do tóxico, acelerar o trânsito intestinal e esvaziar o cólon de fezes. (Shadnia [et.al], 2009; Liu [et.al], 2008; Caldas, 2010; Jokanovic [et.al], 2010; Rodriguez [et.al], 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011)

### **3-Tratamento sintomático de suporte**

Consiste na manutenção das funções vitais. É prioritário assegurar uma oxigenação adequada, mantendo permeável as vias aéreas, despistando precocemente as complicações respiratórias e sinais de hipoxia. A insuficiência respiratória aguda, broncospasmos e broncorreia estão presentes nas situações mais graves, sendo necessário suporte ventilatório.

O enfermeiro deve atuar em conformidade com o quadro apresentado pela pessoa intoxicada. A antecipação de possíveis problemas e complicações pode significar a diferença entre a vida e a morte. O momento da crise não é o ideal para atitudes críticas, mas é sim o momento de dar apoio, tranquilizar a pessoa e seus familiares, explorando ao máximo as circunstâncias em que ocorreu o acidente, com o objetivo de colher toda a informação pertinente.

Assegurar a permeabilidade das vias aéreas com a promoção de uma boa ventilação e oxigenação; colaboração na entubação endotraqueal e

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1 Página 13 de 16
--	---	--

conexão ao ventilador; controlo e registo de parâmetros ventilatórios; aspiração de secreções. Ao entubar-se a pessoa, pretende-se uma via aérea permeável, sendo que o tubo endotraqueal é o meio por excelência para a aspiração de secreções da árvore brônquica. Com a conexão ao ventilador, assegura-se uma ventilação e oxigenação adequada e uma maior vigilância da função respiratória, sendo detetadas precocemente quaisquer alterações.

Despistar precocemente alterações cardiovasculares através de monitorização da função cardíaca; avaliação e registo da frequência e ritmo; avaliação da situação hemodinâmica para detetar hipotensão, hipertensão, bradicardia ou taquicardia ou eventualmente outras alterações.

Monitorizar equilíbrio hidro-eletrolítico com colaboração na colocação do cateter venoso central se necessário; canalização de acessos venosos periféricos de bom calibre (G 18); algaliação; registar balanço hídrico; avaliação de iões (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>) através da gasimetria. As alterações dos iões podem ser causadas pela diarreia e pelas sucessivas lavagens gástricas. (Shadnia [et.al], 2009; Liu [et.al], 2008; Caldas, 2010; Jokanovic [et.al], 2010; Rodriguez [et.al], 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011)

### 6.1.2- Medidas Específicas

#### 1- Administração de antídotos

A atropina e as oximas são antídotos a utilizar por excelência neste tipo de intoxicações.

A atropina é uma droga anticolinérgica por excelência. Neutraliza os efeitos muscarínicos e não afeta os sinais nicotínicos dos músculos esqueléticos ou dos gânglios autónomos, bloqueia os efeitos da acetilcolina nos recetores muscarínicos pós-sinápticos. Ter em atenção a oxigenação adequada da pessoa antes de se iniciar a atropinização, devido ao risco de fibrilhação ventricular.

	<b>PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)</b>	<b>PA-_____</b> 03-03-2012 Revisão 1 Página 14 de 16
--	---	---

A indução da atropina deve ser de 1 a 5 mg em bolus por via endovenosa até surgirem sinais de atropinização (taquicardia, midríase, secura e ruborização da pele; diminuição de secreções). A manutenção da atropina é feita com perfusão contínua- 1 mg/kg/h. A dose é ajustada (mg/h) de forma a balançar os sinais muscarínicos (em especial a hipersecreção brônquica) e a toxicidade atropínica (agitação e aumento das necessidades de sedação). Pelo que é necessário uma vigilância apertada da dose necessária já que são precisos ajustes frequentes sobretudo na fase precoce da intoxicação. (Shadnia [et.al], 2009; Arendse [et.al], 2009; Liu [et.al], 2008; Caldas, 2010; Jokanovic [et.al], 2010; Rodriguez [et.al], 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011)

As oximas (pralidoxima e obidoxima, esta última é a utilizada na Instituição Hospitalar) são regeneradoras das colinesterases reativando a acetilcolinesterase por reverterem a fosforilação do local ativo da enzima, possuindo a particularidade de proteger a enzima da sua inibição subsequente. A obidoxima não deve ser administrada antes da atropina. Não deve ser utilizada em caso de intoxicação por carbamatos (não inibidores das colinesterases).

Inicia-se por administrar 250 mg diluídos até 10 ml de SF por via endovenosa lenta de modo a prevenir o risco de espasmo da laringe, edema da glote, taquicardia, rigidez muscular e bloqueio neuromuscular transitório.

Procede-se a perfusão contínua de 15 mg/kg/dia (no adulto de 70 Kg equivale a 1 gr por dia) enquanto necessitar de atropina. (Liu [et.al], 2008; Lorde [et.al], 2008; Caldas, 2010; Jokanovic [et.al], 2010; Rodriguez [et.al], 2010; Goddard e Dear, 2010; INEM, 2011)

#### **1- Monitorização laboratorial e suspensão da atropina**

Função renal e coagulação- devido a insuficiência renal aguda e aumento da agregação plaquetária

Bacteriologia- devido a infeção frequente em particular pneumonia

Monitorização de AChE- no 1º dia 2 colheitas e depois colheita diária



	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)	PA 03-03-2012 Revisão 1 Página 15 de 16
--	---	--

Monotorização de atropina- acertar dose mínima (mg/h), a suspensão da atropina é clínico, sendo esta ditada essencialmente pelo balanço das secreções brônquicas/toxicidade atropínica. Quando se verifica uma subida das AChE em relação aos valores de admissão e o seu valor absoluto se situa entre 10 a 30% do valor mínimo do intervalo de referência, pode iniciar-se o desmame da atropina e eventualmente suspender a perfusão. (Caldas, 2010)

## **2- Outras Medicações**

Na crise convulsiva secundária aos organofosforados pode administrar-se diazepam e midazolam para a sedação. (Caldas, 2010; INEM, 2011)

## **3- Estabelecer uma relação empática com a pessoa e família**

Na literatura consultada não há referência a este ponto, contudo, achamos pertinente realçar a importância da sua existência, porque a gestão de cuidados de enfermagem não deve ser nunca reduzida apenas ao tóxico e aos seus efeitos, todas as pessoas requerem uma abordagem holística, carinhosa, simpática e de ajuda. Pelo que se deve demonstrar disponibilidade na comunicação com a pessoa e família, fazendo a ponte entre os mesmos de forma a estabelecer uma relação terapêutica; responder de forma explícita e simples às questões colocadas, desmitificando conceitos pré concebidos, apoiá-los nesta situação de crise e promover o apoio técnico especializado no campo da psiquiatria.

## **7- REVISÃO**

A revisão do protocolo de atuação realiza-se de dois em dois anos, e sempre que os princípios contidos sejam alterados.

## **APÊNDICE 11**

### **DIAPOSITIVOS PARA FORMAÇÃO DO PROTOCOLO**

# **PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PERANTE INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS (OF)**



## **INTRODUÇÃO**

As intoxicações por OF são uma causa importante de mortalidade em todo o mundo, tratando-se assim de uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata.

## OBJETIVO

- ❖ Melhorar a qualidade dos Cuidados prestados à Pessoa Intoxicada por OF na Sala de Emergência

## CONCEITOS

- OF são inseticidas, utilizados na agricultura para prevenir pragas, para manter e aumentar as culturas.
- São absorvidos pelo organismo, pela via respiratória, oral e cutânea com efeitos nocivos no ser humano.

## CONCEITOS

OF são produtos lipossolúveis, inibidores das colinesterases.

## CONCEITOS

OS OF são classificados:

➤ **N** - perigosos para o ambiente



➤ **T** - tóxico



➤ **XN** - nocivos e

**XI** - irritantes ou sensibilizantes



## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A sintomatologia pode manifestar-se 5 m a 12 h após a exposição.

Dependendo da via de absorção, do tipo e quantidade de produto.

## MANIFESTAÇÕES MUSCARÍNICAS

- ✓ Aperto torácico
- ✓ Pieira, dispneia, tosse, EAP, cianose
- ✓ Miose
- ✓ Hipersecreção das glândulas salivares, lacrimais, sudoríparas

## **MANIFESTAÇÕES MUSCARÍNICAS**

- Náuseas, vômitos
- Dor abdominal e diarreia
- Bradicardia
- Hipotensão
- Incontinência dos esfíncteres

## **MANIFESTAÇÕES NICOTÍNICAS**

- Mialgias, fadiga
- Contrações musculares involuntárias
- Tremores da língua e palpebrais
- Palidez
- Paralisia flácida



## MANIFESTAÇÕES NICOTÍNICAS

- Taquicardia
- Hipertensão
- Hiperglicemia (contraindicado administração de insulina)

## MANIFESTAÇÕES DO SNC

- Labilidade emocional, ansiedade
- Cefaleias
- Convulsões
- Bradicardia
- Depressão respiratória



## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA**

- Sequência ABCDE
- Tentativa de colheita de história: O Quê? Quanto? Como? Quando? Porquê?
- Contato com CIAV

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *1. Prevenção Ulterior do tóxico:*

- Descontaminação – Remoção de roupas e lavagem corporal com água morna e sabão (pregas cutâneas, unhas, orelhas e cabelo)
- Lavagem dos olhos com água

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *2- Remoção do tóxico absorvido:*

- ENG, aspiração de conteúdo gástrico;
- lavagem gástrica com SF à temperatura corporal;
- Administração de carvão ativado (50gr/200ml)

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *2- Remoção do tóxico absorvido:*

- Administração de sulfato de magnésio (30 gr) conjuntamente com o carvão ativado;
- Enema de limpeza até água limpa

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *3 – Tratamento Sintomático:*

- Permeabilidade das vias aéreas;
- Colaboração na EOT e conexão ao ventilador;
- Controlo e registo de parâmetros ventilatórios; Aspiração de secreções

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *3 – Tratamento Sintomático:*

- Monitorização cardíaca;
- Avaliação e registo da fc e ritmo;
- Avaliação da situação hemodinâmica

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS**

### *3 – Tratamento Sintomático:*

- Colaboração na colocação de cateter central;
- Canalizar acessos venosos;
- Algaliação;
- Registo de balanço hídrico

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *1 – Administração de Antídotos:*

- Atropina e obidoxima
- Oxigenação 10l' por máscara antes de atropinização (risco de fibrilhação ventricular)



## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *1– Administração de Antídotos:*

- Atropina indução: 1 a 5 mg em bolus ev
- Atropina manutenção: dose ajustada (mg/h) de forma a balançar os sinais muscarínicos e a toxicidade atropínica

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *1– Administração de Antídotos:*

- Obidoxima não administrar antes da atropina;
- Não administrar em caso de intoxicação por carbamatos

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *1– Administração de Antídotos:*

- Obidoxima indução – 250 mg/10 ml de sf ev lento
- Obidoxima manutenção – 15 mg/kg/dia ( no adulto de 70 kg equivale a 1gr/dia)

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *2- Monotorização laboratorial e suspensão da atropina*

- Função renal e coagulação;
- Bacteriologia;
- Monotorização das ChE

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *2- Monitorização laboratorial e suspensão da atropina*

- A suspensão da atropina é clínico, ditada pelo balanço das secreções brônquicas/toxicidade atropínica/subida ChE

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *3 - Outras Medicações*

- Diazepam para convulsões
- Midazolam para sedação

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS**

### *4 – Relação Empática com Pessoa e Família*

- Abordagem Holística e de Ajuda
- Comunicação com a Pessoa/Família
- Promoção de apoio no campo da psiquiatria

## **CONCLUSÃO**

Este tipo de intoxicação é uma emergência clínica que carece de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, que serão uma mais-valia para a equipa/serviço/instituição e sobretudo para a pessoa intoxicada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDSSE, REGAN E IRUSEN, ELVIS. An atropine and glycopyrrolate combination reduces mortality in organophosphate. *Human & Experimental Toxicology*, v. 28, nº 11, p. 715-720 de Novembro de 2009. b-on- Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehp/sequences/FullText>. [13 de Dezembro de 2011.]
- BJORLING-POULSEN, MARINA, ANDERSEN, HELLE E GRANDJEAN, PHILIPPE. Potential developmental neurotoxicity of pesticides used in Europe. *Environmental Health*, v. 7, nº 50, p. 1-22 de 2008. Disponível em <http://www.ehponline.net/content/pdf/1475-2875-7-50.pdf>. [13 de Dezembro de 2011.]
- CALDAS, LUIZ. Intoxicações Exógenas Agudas Por Carbamatos, Organofosforados, Compostos Biotóxicos E Fitotóxicos. Centro de Controle de Intoxicações de Niterói- RJ, 2010. Disponível em <http://www.ufrj.br/ccin/>. [15 de Dezembro de 2011.]
- CIATV. Casuística 2010. Disponível em [www.inam.ciadvj](http://www.inam.ciadvj). [19 de Setembro de 2011.]
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Guidelines for Resuscitation. European Resuscitation Council, 2010. Disponível em <http://www.yourlibrary.com/x/126045-manual-de-primeiros-socorros-ebv>. [7 de Novembro de 2011.]
- DECRETO- LEI Nº 173/2005 DE 21 DE SETEMBRO. Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas Regula as atividades de distribuição, venda, prestação de serviços de aplicação de produtos fitofarmacêuticos e a sua aplicação pelos utilizadores finais. Lisboa: Diário da República, 2005. Vols. I Série: A, nº 203, p. 6123-6131.
- DIREÇÃO-GERAL DE AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL. Guia Dos Produtos Fitofarmacêuticos - Lista Dos Produtos Com Venda autorizada. DGADR-DIREÇÃO-GERAL DE AGRICULTURA E DESENVOLVIMENTO RURAL, 2011. Disponível em <http://www.dgadr.mlr- agricultura.pt/bases/documentos/guia2010.pdf>. ISBN: 9871-0287. [23 de Janeiro de 2012.]

Ana Teresa Raposo - Serviço de Urgência - 2012

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ESTRAN, NEIVA VALESQUE BRUM. Sala de Emergência: emergências clínicas e traumáticas. Porto Alegre: UFRGS, 2003. ISBN: 85-7025-710-4.
- GODDARD, ANDREW E DEAR, JAMES. Management of the poisoned patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 2010. b-on- Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/journal/14720299/11/11>. [13 de Dezembro de 2011.]
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Manual De Suporte Avançado De Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011.
- JOKANOVIC, MILAN E KOSANOVIC, MELITA. Neurotoxic effects in patients poisoned with organophosphorus pesticides. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, v. 29, nº 3, p. 195-201 de Maio de 2010. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science>. [13 de Dezembro de 2011.]
- LIU, JIUNG- HSIUN, ET AL. Acid-base interpretation can be the predictor of outcome among patients with acute organophosphate poisoning before hospitalization. *The American Journal of Emergency Medicine*, volume: 26, nº 1, p. 24-30 de January de 2008. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science?ob=MaslinMaslin&cid>. [13 de Dezembro de 2011.]
- LORKE, D. E., ET AL. Eight new bispyridinium oximes in comparison with the conventional oximes pralidoxime and obidoxime: In vivo efficacy to protect from diisopropylfluorophosphate toxicity. *JOURNAL OF APPLIED TOXICOLOGY*, Vol. 28, nº 7, p. 920-928 de 2008. Disponível em <http://www.intellectlibrary.wiley.com/doc/10.1002/jat.1358.pdf>. [13 de Janeiro de 2011.]
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar: 2002.

Ana Teresa Raposo - Serviço de Urgência - 2012

# QUESTÕES

# OBRIGADO



**APÊNDICE 12**  
**FOLHETO SOBRE INTOXICAÇÕES POR OF**

OBJETIVO GERAL:

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por organofosforados (OF) na sala de emergência do Hospital do Litoral Alentejano, EPE.



**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Ensino Clínico de Enfermagem,**  
Abril 2012

**Enfª Orientadora** Ana Cristina Vieira Guerreiro

**Prof. Maria Lurdes Martins**



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Protocolo de Atuação  
perante Intoxicado**

**Por**

**Organofosforados**

**Na Sala de  
Emergência**



# Intoxicação por Organofosforados (OF)

OF são inseticidas, utilizados na agricultura. A intoxicação decorre da exposição ao produto, pela via respiratória, oral e cutânea, com efeitos nocivos no ser humano. Por via oral ocorre nas intoxicações acidentais e nas tentativas de suicídio.



## Manifestações Muscarínicas

- Aperto Torácico
- Pieira, Dispneia, Tosse, EAP, Cianose
- Hipersecreção salivar, lacrimais, sudoríparas e brônquicas
- Náuseas e vômitos, dor abdominal e diarreia
- Bradicardia, hipotensão, incontinência de esfíncteres

## Manifestações Nicotínicas

- Mialgias, fadiga
- Contrações musculares involuntárias
- Palidez
- Paralisia flácida
- Taquicardia
- Hipertensão
- Hiperiglicemia ( não administrar insulina)

## Manifestações do SNC

- Labilidade emocional, ansiedade
- Cefaleias
- Confusão
- Convulsões
- Bradicardia
- Depressão respiratória

## Abordagem Terapêutica

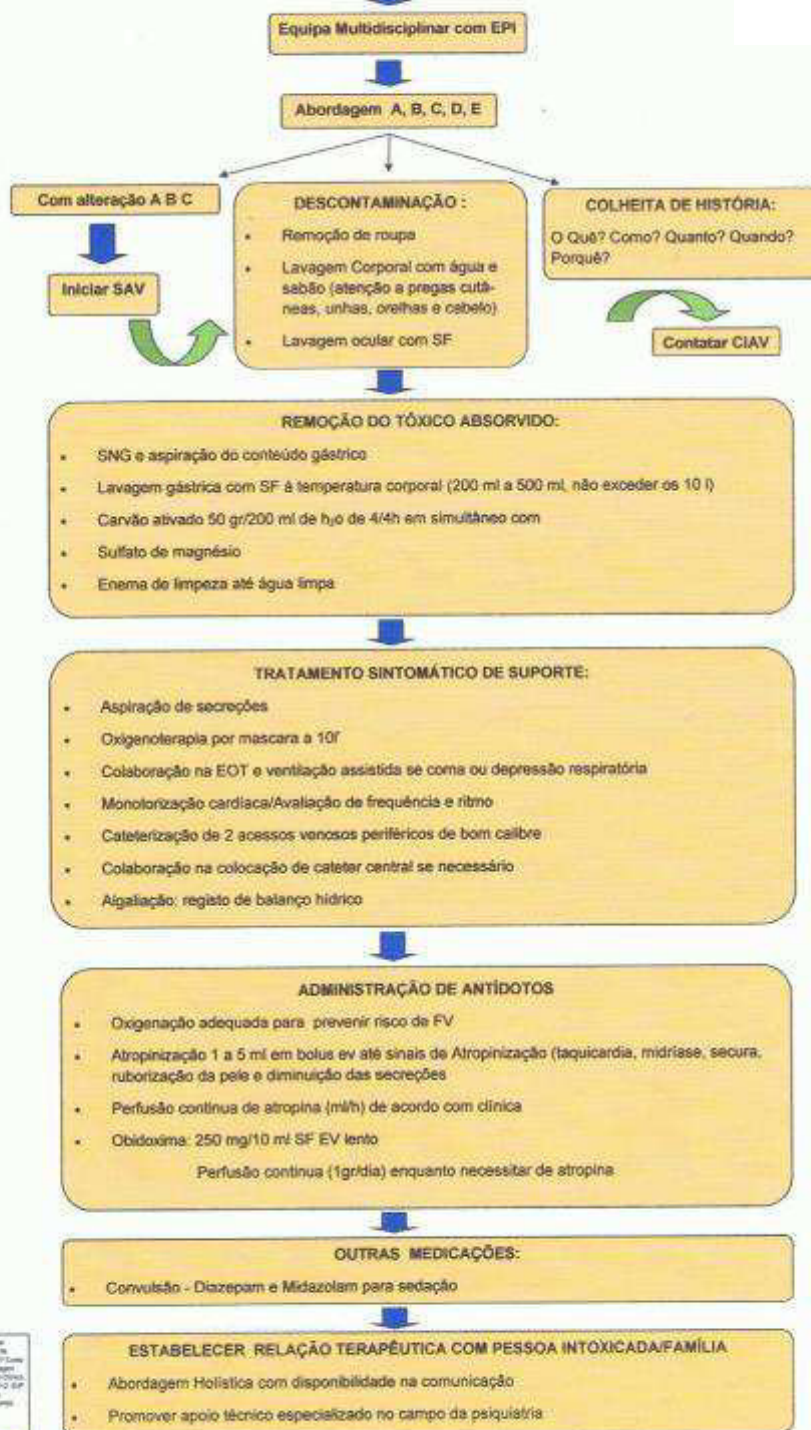
- Proteção da equipa (EPI)
- Prevenção ulterior do tóxico
- Remoção do tóxico absorvido
- Tratamento sintomático de suporte
- Administração de antídotos ( atropina e obidoxima) e outras medicações( diazepam e midazolam para sedação)
- Estabelecer relação empática com pessoa e família
- Promover apoio técnico no campo da psiquiatria



### **APÊNDICE 13**

#### **FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA INTOXICADA POR OF**

# INTOXICAÇÃO POR ORGANOFOSFORADOS



## **APÊNDICE 14**

### **PLANO DA SESSÃO DA FORMAÇÃO SOBRE O PROTOCOLO**



## **PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

**Tema:** Apresentação do Protocolo para Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência.

**Fundamentação:** Inexistência de protocolo de atuação para cuidar da pessoa com intoxicação por organofosforados (OF) na sala de emergência.

As intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área, pois é uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem e encontra-se também integrada no plano de ação do serviço, sendo necessário a atualização teórico-prática da equipa de enfermagem, para qualificar a assistência à pessoa intoxicada.

**Objetivo Geral:** Que no final da sessão os formandos fiquem a conhecer o protocolo de atuação perante pessoa intoxicada por OF na sala de emergência

**Objetivos Específicos:** Que no final da sessão os formandos sejam capazes:

- Identificar que os OF são produtos inibidores das colinesterases
- Mencionar a abordagem inicial à pessoa intoxicada por OF
- Escolher duas intervenções específicas na administração de antídotos à pessoa intoxicada por OF

**DESTINATÁRIOS:** Equipa de Enfermagem e Médica do Serviço de Urgência

**DATA:** 23 de Maio de 2012

**HORA:** 14 horas

**CARGA HORÁRIA:** 1h30'

**LOCAL:** Auditório do Hospital

ETAPAS	CONTEÚDO	RECURSOS		
		Humanos	Materiais	Tempo
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos Formadores</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Justificação do tema</li> </ul>	Estudante	Data-Show (método expositivo)	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos de Organofosforados (OF)</li> <li>- Manifestações Clínicas: Muscarínicas; Nicotínicas e do SNC</li> <li>- Abordagem terapêutica: Medidas Gerais e Específicas</li> <li>- Apresentação de caso clínico</li> </ul>	Estudante	Data-Show (método expositivo)	20'
		Enfª da VMER	Data-Show (método expositivo)	20'
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese do tema</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> <li>- Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos formandos através de questionários</li> <li>- Distribuição de folhetos sobre o protocolo</li> <li>- Distribuição de fluxograma de atuação</li> <li>- Distribuição de check- list para avaliação do protocolo</li> </ul>	Estudante	Método expositivo	25'
		Enfª da VMER	Questionário (suporte de papel)	10'
		Estudante	Folhetos (suporte de papel) Fluxograma (suporte de papel) Check-List (Suporte de papel)	10'

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, 23 Maio 2012

Enfª Orientadora A.C.V.G.

Prof. M.L.M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**APÊNDICE 15**  
**DIVULGAÇÃO DA FORMAÇÃO**

## **FORMAÇÃO EM SERVIÇO 2012**

<b><u>Data:</u></b>	<b>23 De Maio</b>
<b><u>Tema:</u></b>	<b>Apresentação do Protocolo de atuação Perante Intoxicação por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência  Caso Clínico</b>
<b><u>Local:</u></b>	<b>Auditório</b>
<b><u>Hora:</u></b>	<b>14 Horas</b>
<b><u>Destinatários:</u></b>	<b>Enfermeiros e Médicos do SU</b>
<b><u>Formadores:</u></b>	<b>Enf<sup>a</sup> A. R.  Enf<sup>o</sup> D. L.</b>

## **APÊNDICE 16**

### **QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FORMANDOS PARA AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS**

## QUESTIONÁRIO

1. Identifique se os organofosforados são produtos (com x):
  - a) Inibidores das colinesterases ☐
  - b) Não inibidores das colinesterases ☐
  
2. Mencione, qual a abordagem inicial à pessoa intoxicada por OF (com x):
  - a) Sequência abc procedida de descontaminação ☐
  - b) Descontaminação - remoção da de roupas e lavagem corporal antes de sequência abc ☐
  
3. Escolha na administração de antídotos, duas intervenções corretas (com x):
  - a) Oxigenação prévia antes da atropinização ☐
  - b) Administração de obidoxima antes de atropina ☐
  - c) Administração de atropina e posteriormente obidoxima ☐
  - d) Administração de atropina e posteriormente nalaxona ☐

**OBRIGADO PELA VOSSA COLABORAÇÃO**

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, 23 de Maio 2012

Enfª Orientadora A.C.V.G.

Prof. M.L.M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **APÊNDICE 17**

### **CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROTOCOLO**

Etiqueta da pessoa

## CHECK LIST DE ATUAÇÃO PERANTE INTOXICADO POR ORGANOFOSFORADOS

Intoxicação voluntária	Sim	Não
Intoxicação acidental	Sim	Não

Nome do Produto Organofosforados (OF)	
---------------------------------------	--

Contato com CIAV	Sim	Não
------------------	-----	-----

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

<b>Manifestações Muscarínicas</b>	Sim	Não
Aperto torácico		
Pieira; Dispneia; Tosse; EAP; Cianose		
Hipersecreção salivar; lacrimal; sudoríparas e brônquicas		
Náuseas; Vômitos; Dor abdominal e diarreia		
Bradicardia; Hipotensão; Incontinência de Esfíncteres		
<b>Manifestações Nicotínicas</b>	Sim	Não
Mialgias; Fadiga		
Contrações musculares involuntárias		
Palidez		
Paralisia flácida		
Taquicardia		
Hipertensão		
Hiperglicemia		
<b>Manifestações do SNC</b>	Sim	Não
Labilidade emocional; Ansiedade		
Cefaleias		
Confusão		
Convulsões		
Bradicardia		
Depressão respiratória		



## ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS GERAIS

Equipa multidisciplinar usou EPI (Equipamento de Proteção Individual)	Sim	Não
Iniciados Procedimentos seguindo a sequência ABCDE	Sim	Não
Prevenção ulterior do tóxico com lavagem com água e sabão	Sim	Não
Remoção do tóxico absorvido com lavagem gástrica; administração de carvão ativado; administração de sulfato de sódio ou sulfato de magnésio e enema de limpeza até água limpa	Sim	Não
Tratamento sintomático de suporte com oxigenação adequada; despiste de complicações respiratórias;	Sim	Não
Necessidade de entubação endotraqueal e conexão ao ventilador; Despiste complicações de cardiovasculares	Sim	Não

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA – MEDIDAS ESPECÍFICAS

Existência de atropina e obidoxima na sala	Sim	Não
Oxigenação adequada antes de atropinização	Sim	Não
Atropinização antes de administração de obidoxima	Sim	Não
Comunicação com a pessoa intoxicada e família	Sim	Não
Transferência da pessoa intoxicada para UCI	Sim	Não
Transferência para apoio especializado no campo da psiquiatria	Sim	Não

Enfermeiro que preenche a check list: \_\_\_\_\_

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, Abril 2012

Enfª Orientadora A.C.V.G.

Prof. M.L.M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **APÊNDICE 18**

### **FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO PARA EVACUAÇÃO DO SU**

# COMO PROCEDER EM CASO DE EVACUAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA



**PERANTE UM EVENTUAL SINISTRO** (Incêndio; Inundação; Sismo; Ameaça de Bomba/pacote Suspeito) **Emitir de imediato o ALARME**, por telefone à Central de Segurança



**(1115)** Indicando o local e a área afetada



**RECEBER E CUMPRIR AS INSTRUÇÕES DADAS** pelo Diretor de Emergência, Chefe de Intervenção, ou qualquer membro das Equipas de Emergência. (Plano de Emergência Interno, 2009)

**A função das equipas** de Evacuação é **assegurar a evacuação total e ordenada do seu serviço** e garantir que o alarme foi transmitido e entendido por todos os ocupantes da sua área de responsabilidade.



## **PRIORIDADE NA EVACUAÇÃO DE PESSOAS INTERNADAS:**

- 1º** Sem dificuldades na mobilidade;
- 2º** Sem mobilidade, a maior distância da saída;
- 3º** Sem mobilidade a menor distância da saída.



**PONTO DE REUNIÃO NO CAIS DA FARMÁCIA**

Realizado por Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, Julho 2012

Enfª Orientadora Ana Cristina Vieira Guerreiro

Prof. Maria Lurdes Martins



Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## **APÊNDICE 19**

### **CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA NORMA DA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AO CATETERISMO PERIFÉRICO**

## Check List para Avaliação da Norma Cateterização Periférica

Serviço: \_\_\_\_\_ Nº da Cama: \_\_\_\_\_ Nº da Maca: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### ➤ INDICAÇÃO PARA CATETERIZAÇÃO:

Perfusões ( ) Transfusões ( ) Quimioterapia ( ) Colheita de sangue ( )

Veículo terapêutico ( )

Outras ( ) Especifique \_\_\_\_\_

### ➤ COLOCAÇÃO:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Executado por: \_\_\_\_\_

### ➤ SELEÇÃO DO LOCAL DE INSERÇÃO:

Correto ( )

Incorreto ( ) Porquê \_\_\_\_\_

### ➤ DESINFECÇÃO CUTÂNEA PRÉVIA À INSERÇÃO DO CATETER:

Que soluto utilizou \_\_\_\_\_

Correto ( )

Incorreto ( ) Porquê \_\_\_\_\_

Não foi possível observar ( )

### ➤ SELEÇÃO CATETER DE ACORDO COM:

Volume a perfundir ( ) Calibre da veia ( )

Adequado ( )

Não adequado ( ) Porquê \_\_\_\_\_

➤ **FIXAÇÃO/MANUTENÇÃO DO CATETER:**

Limpo e bem fixo no local de inserção ☐ Descolado ☐ Sujo ☐

Ausência de sinais de infecção visíveis ou outra complicação no local do cateter ☐

Correto ☐

Incorreto ☐ Porquê \_\_\_\_\_

➤ **ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA, SISTEMAS, PROLONGAMENTOS, TORNEIRAS E CONEXÕES:**

Permeabilidade ☐

Sistemas e conexões, fechados e limpos, sem presença de sangue e resíduos de terapêutica ☐

Substituídos os sistemas e todo o circuito às 72 ☐ ou 96 h ☐

Prolongamento único com comprimento necessário à mobilização do doente ☐

Torneira de 3 vias se necessário, o mais distal possível do local da punção ☐

Correto ☐

Incorreto ☐ Porquê \_\_\_\_\_

➤ **REMOÇÃO/SUBSTITUIÇÃO DO CATETER:** Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Já não é necessário ☐

Colocado em situação de emergência e em que houve quebra da técnica asséptica ☐

Rubor ☐ Dor ☐ Não se encontrar permeável ☐ Infiltração ☐

Acidente (foi exteriorizado) ☐ Mais de 96 h ☐

Outro motivo ☐ Qual \_\_\_\_\_

➤ **REGISTO DE ENFERMAGEM:**

Sim ☐

Não ☐

Em conformidade ☐

Não conformidade ☐ Qual \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI)

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, Junho 2012

Enfª Orientadora A.C.V.G.

Prof. M.L.M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **APÊNDICE 20**

### **DIAPOSITIVOS PARA FORMAÇÃO SOBRE A NORMA**



# **Prevenção da Infecção Associada ao Cateterismo Periférico**

Ana Teresa Raposo (elo de ligação do Serviço de urgência à CCI)

27 de Junho de 2012



## **Introdução**

Os cateteres venosos periféricos são o meio mais comum de acesso intravascular para administração de fluido terapia e terapêutica.

(PNCI, 2006; EPIC Nacional Evidence, 2008)

Apesar de ser uma das técnicas mais usuais, os cateterismos vasculares, são regra geral causadores de dor e sofrimento. Impõem limitações à mobilidade, colocam em risco a integridade física do indivíduo, para além das alterações no/do conforto.



## Objectivos

- Uniformizar procedimentos referentes à cateterização venosa periférica
- Prevenir, reduzir complicações infecciosas associadas ao uso de CVP.

## **Cateterismo Periférico**

- A utilização de CVP tornou-se indispensável nos procedimentos terapêuticos.
- Contudo o seu uso coloca o doente em risco de desenvolver infecções locais e sistémicas, tais como as tromboflebitides e septicemia.

(PNCI, 2006; EPIC Nacional Evidence, 2008)

## **Seleccção do cateter**

- Segundo o fim a que se destina, volume a infundir, calibre das veias, tempo de utilização, possíveis complicações – IB
- Tipo de cateter com base nas características do cateter e doente – IA

## **Local de Inserção**

- Locais de referência a puncionar: dorso das mãos, antebraço, região antecubital e braço – IA
- Evitar zonas de flexão – IA
- Os membros inferiores só devem ser usados em último recurso; mudar para o membro superior logo que possível – IA

## **Local de Inserção**

- Se necessário efetuar tricotomia com máquina elétrica - IA
- Em doentes pediátricos a mão, o dorso do pé ou o couro cabeludo podem ser usados como ponto de inserção do cateter - II

## **Local de Inserção**

- *Veias a evitar:*
  - Anteriormente puncionadas
  - Danificadas por infiltração ou flebite
  - De um membro comprometido cirurgicamente
  - De um membro com fístula arteriovenosa
  - De um membro do lado hemiplégico

## **Técnica de Inserção**

- Higienizar as mãos antes de qualquer procedimento de colocação ou manipulação do cateter - IA
- Usar luvas esterilizadas - IB
- Desinfecção cutânea com soluto de base alcoólica ou iodopovidona dérmica, em movimentos circulares do centro para a periferia. (Respeitar tempo de actuação e secagem) – IA
- Fixar bem o CVP ( não colocar adesivo directamente sobre o CVP e o local de inserção ) - IA



## **Penso e sua Manutenção**

- Utilizar penso estéril - IA
- Substituir penso quando descolar, estiver sujo ou ficar húmido - IA

## **Penso e sua Manutenção**

- Evitar tocar o local de inserção. Manipulações do cateter ou sistema efetuadas com técnica asséptica – IA
- Avaliar o local de inserção do cateter, por palpação ou observação do penso (sinais inflamatórios locais ou outros sinais suspeitos de infeção relacionada com o cateter) - II

## **Manutenção de Cateter/Sistemas**

- Todas as manipulações devem ser feitas com técnica asséptica - IA
- Verificar sempre a permeabilidade da veia - IA
- Desinfetar as conexões com álcool antes de aceder ao sistema - IB

## **Manutenção de cateter/sistemas**

- Os líquidos administrados não devem perfundir mais de 24 h - IA
- Lavar a veia com soro fisiológico após a administração da terapêutica – IB
- Utilizar torneiras de 3 vias sempre que necessário, mas colocá-las o mais distal possível do local da punção - IB

## **Remoção/Substituição do Cateter**

- Logo que não seja necessário - IB
- Substituir os CVP e todo o circuito, rodando o local de inserção a cada 72 – 96 h para reduzir o risco de flebite - IB
- Se os possíveis locais de inserção são limitados e não há evidência da presença de infecção, o cateter pode permanecer por período mais longo desde que o local de inserção e o estado do doente sejam rigorosamente vigiados - IB
- Remover os CVP colocados em situação de emergência, dentro de 24 h – IB

## **Remoção/Substituição do Cateter**

- Retirar CVP se o doente apresentar sinais de flebite (ex. calor, eritema e cordão venoso palpável), infecção ou mau funcionamento do cateter - IB
- Nos doentes pediátricos, manter CVP no local até completar terapêutica IV, a menos que uma complicação surja ( ex. flebite, inflamação ) -IB



## **Substituição de Sistemas, conexões**

- Todas as manipulações devem ser feitas com técnica asséptica - IA
- Substituir todo o circuito de 72/96 h - IA
- Substituir o circuito a cada 24 h se alimentação parentérica - IB

## **Substituição de sistemas/Conexões**

- Sistemas de administração de sangue e ou derivados , substituir no fim da perfusão - IB
- Substituir os prolongamentos na administração das perfusões de propofol em cada 12 h - IA

## **Registos**

- Data e hora
- Local da punção
- Motivo da cateterização
- Calibre do CVP

## **Registos**

- Presença de sinais/ sintomas/ complicações
- Data de remoção/ substituição do CVP
- Data de substituição do circuito

## **Conclusão**

Sem dúvidas, a terapia endovenosa tornou-se uma modalidade terapêutica indispensável nos cuidados de saúde de hoje.

**... mas não se trata de uma técnica inócua,  
como tal não deve ser banalizada!**

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- PNCI. *Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada aos dispositivos Intravasculares*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006
- EPIC. *Nacional Evidence- Based Guidelines for Prevention Helthcare- Associated Infection*, 2008. Disponível em [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) [13 de Janeiro de 2010]

## QUESTÕES

## OBRIGADO

## **APÊNDICE 21**

### **PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE A NORMA**

## **PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

**Tema:** Apresentação da Norma “Prevenção da Infecção Associada ao Cateterismo Periférico”

**Fundamentação:** Contatamos que os procedimentos não são efetuados de acordo com a norma homologada.

A utilização de cateteres venosos periféricos (cvp) tornou-se indispensável nos cuidados de saúde de hoje, contudo a sua utilização coloca a pessoa em risco de desenvolver infecções locais e sistêmicas, tais como as tromboflebites e septicémias. (PNCI, 2006; EPIC Nacional Evidence, 2008)

**Objetivo Geral:** Que no final da sessão os formandos fiquem a conhecer a norma de procedimentos referentes à Cateterização Venosa Periférica, de forma a prevenir e reduzir complicações infecciosas associadas ao uso de cvp.

**DESTINATÁRIOS:** Equipa de Enfermagem do serviço de Urgência

**DATA:** 27 de Junho de 2012

**HORA:** 18 horas

**CARGA HORÁRIA:** 30'

**LOCAL:** Auditório

ETAPAS	CONTEÚDO	RECURSOS		
		Humanos	Materiais	Tempo
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Formador</li> <li>- Apresentação do tema</li> <li>- Justificação do tema</li> </ul>	Estudante	Data-Show (método expositivo)	5'
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendações de acordo com o nível de evidência:</li> <li>- Seleção do cateter; local de Inserção; Técnica de Inserção; Penso e sua manutenção; Manutenção de cateter/Sistemas; Remoção/Substituição do cateter; Substituição de Sistemas, Conexões.</li> </ul>	Estudante	Data-Show (método expositivo)	15'
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese do tema</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Estudante	Método Participativo	10'

**Realizado por** Ana Teresa Lourenço Raposo, Enfª no serviço de Urgência

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ensino Clínico de Enfermagem, 27 de Junho de 2012

Enfª Orientadora A.C.V.G.

Prof. M.L.M.



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **APÊNDICE 22**

### **REGISTO DE UMA SESSÃO DE SUPERVISÃO DE CUIDADOS**





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL  
**Escola Superior de Saúde**

Departamento de Enfermagem

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**SUPERVISÃO DE CUIDADOS**

---

## **Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados**

<b>Docente</b>	Professora Alice; Professora Lurdes; Professor Deodato	<b>Estudante</b>	Ana Teresa Lourenço Raposo
<b>Grupo</b>	Ana Cristina Duarte; Ana Teresa Raposo; Filipa Alves e Sónia Miranda	<b>Data</b>	05-07-2012

### **Situação problemática:**

O Sr. A.G. de 59 anos de idade, sexo masculino e raça caucasiana foi internado no serviço de cirurgia do Hospital X para cirurgia eletiva por neoplasia do reto. Foi submetido a uma ressecção anterior do reto há 9 dias.

Antes da cirurgia era uma pessoa independente nas atividades de vida diárias e com vida profissional ativa, sendo bancário de profissão. Tem uma situação económica favorável. É divorciado e vive com um filho adulto.

Atualmente apresenta condições clínicas para alta, no entanto apresenta uma negação do seu estado de saúde o que o leva a recusar aprender/prestar os cuidados ao seu estoma, mesmo não apresentando qualquer tipo de limitação cognitiva ou motora. Encontra-se independente nas suas atividades de vida diárias, exceto nos cuidados ao estoma.

### **Problemas/Diagnósticos de Enfermagem identificados:**

#### **1 - Conhecimento sobre os cuidados ao estoma não demonstrado**

Conhecimento: "Status com as características específicas: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões adquiridas, conhecimento e reconhecimento de informação." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 96)

#### **2 - Aceitação do estado de saúde não demonstrado**

Aceitação do estado de saúde: "Aceitação com as características específicas: reconciliação com as circunstâncias de saúde." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 80)

#### **3 - Coping ineficaz**

Coping: "Atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do

conforto psicológico.” (CIPE v. 1.0, p. 81)

#### 4 – Imagem Corporal alterada

Imagem Corporal: “Auto-Imagem com características específicas: Imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física.” (CIPE v.1.0, 2006, p. 79)

#### 5 – Conforto diminuído

Conforto: “status com as características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar-corporal.”  
(CIPE v.1.0, 2006, p.94)

### Resultados Esperados de Enfermagem definidos:

- 1- Conhecimento sobre os cuidados ao estoma demonstrado
- 2- Aceitação do estado de saúde demonstrado
- 3- Coping eficaz
- 4- Imagem Corporal aceite
- 5- Conforto Melhorado

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>1 – Ensinar sobre os cuidados ao estoma;</p> <p>Instruir sobre os cuidados ao estoma;</p> <p>Treinar sobre os cuidados ao estoma;</p> <p>Validar conhecimentos;</p> <p>Validar capacidades;</p> <p>Ensinar sobre complicações da ostomia;</p> <p>Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde</p>	<p>1- A Declaração Universal dos Direitos Humanos – Art.º 3 diz-nos que “todo o indivíduo tem direito à vida, liberdade e à segurança pessoal.”</p> <p>Numa fase inicial, num pós-operatório em que a pessoa vê a sua imagem corporal alterada por meio de uma ostomia, a sua liberdade está condicionada na medida em que depende de terceiros para a prestação de cuidados ao seu estoma.</p> <p>Neste sentido e o mais precocemente possível, o enfermeiro deve ensinar a pessoa sobre o funcionamento da ostomia e o material existente, por exemplo. Preconiza-se que no pré-operatório a pessoa tenha as primeiras informações, ainda que muito simples, de forma a ter conhecimento da situação que o envolve.</p> <p>Consideramos assim mobilizar a competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No pós-operatório e assim que a pessoa esteja Hemodinamicamente estável e livre de monitorizações é importante que se comece a instruir a pessoa sobre os cuidados ao estoma, nomeadamente sobre a técnica de substituição do saco/placa, a periodicidade da troca, os cuidados com a pele, etc. A validação dos conhecimentos deve ser realizada para nos permitir a avaliação da eficácia da instrução e para planear a sequência do processo.</p>

**Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:****Fundamentação:**

É preponderante que a instrução seja realizada à medida das capacidades/necessidades da pessoa. Seria de esperar que o Sr. A. G. já fosse autónomo nos cuidados ao seu estoma, uma vez que é uma pessoa sem limitações motoras, contudo como revela não estar a aceitar o seu estado de saúde, é importante que isso seja tomado em atenção e que o processo de ensino seja adaptado. Assim, o enfermeiro promove a defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, de acordo com o art.º 78 do Código Deontológico, uma vez que está a contribuir para que a pessoa atinja a sua autonomia.

O treino de capacidades no que respeita à manutenção dos dispositivos da ostomia deve também ser realizado assim que a pessoa tenha capacidade para tal, uma vez que o enfermeiro tem de coresponsabilizar-se pelo atendimento da pessoa em tempo útil, de forma a não haver atrasos, segundo o art.º 83 (do direito ao cuidado), alínea a), do CDE. Tal como acontece com a instrução, o treino deve ser adaptado a cada pessoa e a validação de capacidades deve ser constante, o que nos permite desenvolver a competência C 2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Contribuindo para que a pessoa seja autónoma em todas as atividades de vida, nomeadamente no que respeita aos cuidados ao estoma, o enfermeiro está a participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida da pessoa. (Art.º 82 – dos direitos à vida e à qualidade de vida, alínea c) do CDE. Aquando da alta hospitalar da pessoa, devemos assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, dando-lhe a conhecer os recursos que tem à sua disposição, elevando assim o dever do enfermeiro de informar sobre os cuidados de enfermagem e os recursos a que a pessoa pode ter acesso. (Art.º 84 do dever de informação, alíneas a) e d) do CDE)

Assim, consideramos mobilizada as competências B 3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro e C 1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Assim como a unidade de competência k.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>Identificar com a pessoa a causa da não-aceitação do estado de saúde;</p> <p>Informar sobre tratamentos</p>	<p>Numa fase inicial é fundamental identificar o estadio em que o doente se encontra. Segundo Kubler-Ross (2008) existem alguns estadios relacionados com o diagnóstico de doença incurável: negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação.</p> <p>Neste caso estamos perante um procedimento cirúrgico que acarreta alterações significativas na vida da pessoa e família envolvente.</p> <p>Deve ser desenvolvido por parte da equipa um processo terapêutico que visa a recuperação total e aceitação desta nova situação de forma o mais saudável possível, isto é, “um conjunto de medidas ou ações que se desenvolvem tendo como objectivo a recuperação de todo o indivíduo doente.” (Lourenço, 2004, p. 27 In Marques et al)</p> <p>É fundamental estabelecer um plano de cuidados envolvendo várias áreas de atenção de acordo com o doente e situação em causa. “As estratégias de actuação a utilizar serão adaptadas ao indivíduo, considerando não só ponto de vista da história pessoal, mas também o seu projecto vivencial, o seu sistema de valores, de motivações, cognições, sentimentos e conteúdos culturais” (Lourenço, 2004, p. 50 in Marques et al.). Os profissionais de saúde deverão estar atentos e ajudar o doente e família na aceitação da sua nova condição de vida. Tal como Marques et.al, refere citado por Lourenço (2004, p.50) é importante perceber “o modo como as doentes se posicionam face ao diagnóstico e reagem psicologicamente aos tratamentos, porque isso pode, eventualmente, influir no prognóstico”.</p> <p>Assim sendo, o enfermeiro como profissional de saúde habilitado e desperto para as várias vertentes e áreas de atenção ao doente e família, tem um papel fundamental de ajuda na adaptação ao novo diagnóstico e às alterações significativas da vida da pessoa, dando resposta ao art.º 88.º do CDE - da excelência do exercício, alínea b) ao procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, assim como ao art.º 89.º que respeita á humanização dos cuidados.</p> <p>Consideramos mobilizada a competência A 2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A Espiritualidade e a atenção a cuidados espirituais podem tornar-se numa ferramenta útil nos cuidados de saúde no sentido em que esta é entendida como “algo que dá sentido á vida, que nos satisfaz e encoraja no dia-a-dia a encarar os contratempos e vicissitudes terrenas.” (Lourenço, 2004, p.99 in Marques et al)</p> <p>Este apoio espiritual está contemplado na carta dos direitos e deveres dos doentes- artigo 2º- que diz “O</p>

**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas: Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação; O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado; Do mesmo modo deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.”

Por parte dos profissionais de saúde deverá existir um equilíbrio entre os domínios do saber/saber, do saber/ser e do saber/fazer, ou seja no âmbito das competências científica, emocional/espiritual e técnica.

Consideramos que estamos a agir de acordo com o art.º 81.º do CDE, que diz respeito aos valores humanos, nas alíneas a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; alínea e) abster-nos de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os nossos próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, ou seja devemos conciliar o dever de cuidar e respeitar o outro e na alínea e) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos. Damos também resposta ao art.º 82.º do CDE, que se refere ao direito à vida e à qualidade de vida na alínea b) respeitando a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

Consideramos mobilizado o domínio da responsabilidade profissional, Ética e legal, como a unidade de competência B 3.1- promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos e a unidade de competência k.1.3 – faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas.

3 – Encorajar a comunicação expressiva de emoções;

Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping;

Escutar o cliente;

Facilitar suporte familiar;

3-A realização de uma ostomia, independentemente da sua função, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua autoestima e à sua imagem corporal. (Simões in Gaspar et al, 2009) No processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia há inicialmente um confronto com a nova situação, em que irá ter de se desenvolver um trabalho de aceitação, cujo processo se inicia

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>Encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas;</p> <p>Promover técnicas de relaxamento</p>	<p>precocemente, com recurso a estratégias de coping centralizadas no problema. (Gaspar et al, 2009)</p> <p>De acordo com um estudo, realizado por Krouse et al (2009) as estratégias de coping incluem o uso de humor, o reconhecimento de mudanças positivas resultantes do estoma e normalização da vida com uma ostomia.</p> <p>O Enfermeiro para cuidar de uma forma holística tem como principal ferramenta a relação de ajuda. Não obstante de que a comunicação terapêutica se constitui como suporte para a relação de ajuda terapêutica. (Riley, 2004)</p> <p>A relação de ajuda prestada pelos Enfermeiros é um dos principais aspetos no processo de adaptação da pessoa com ostomia.</p> <p>A relação de ajuda profissional é muito complexa, pelo que o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, de forma a estabelecer relação com a pessoa e oferecer ajuda psicológica sustentada. (Chalifour, 2008)</p> <p>O enfermeiro deve encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas e facilitar também o suporte familiar. Deve informar e desmistificar dúvidas e receios não só da pessoa mas também da família.</p> <p>O apoio e o estímulo das pessoas significativas podem ajudar a pessoa a minimizar os seus sentimentos de insegurança, ansiedade, perda, negação, revolta e falta de esperança. (Gaspar, 2009).</p> <p>Ao dar resposta aos problemas/diagnósticos de enfermagem identificados, o Enfermeiro mobiliza os conhecimentos correspondentes às unidades de competência:</p> <p>K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica</p> <p>K.1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>Agimos de acordo com o código deontológico dos enfermeiros segundo o Art.º 82º - dos direitos à vida e à qualidade de vida, assumindo o dever de:</p> <p>c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.</p>
<p>4 – Escutar a pessoa/família;</p> <p>Apoiar a pessoa/família</p> <p>Incentivar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;</p>	<p>4- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na valorização da pessoa no seu todo, no enfoque das suas intervenções no âmbito das respostas humanas da pessoa às limitações provocadas pela doença, as quais exigem da pessoa a capacidade de adaptação a uma nova condição de vida. (Albuquerque et al, 2009)</p> <p>A existência de uma colostomia provoca uma alteração na imagem corporal da pessoa, à qual esta</p>

Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>Promover adaptação à incapacidade;</p> <p>Aconselhar o encontro com pessoas com adaptação positiva</p>	<p>também se tem de adaptar. A alteração da imagem corporal, nestas pessoas, pode provocar diferentes reações emocionais, sendo uma das mais relevantes a relação que tem consigo e com os outros. Apesar da imagem corporal poder sofrer alterações em qualquer fase da vida, a importância atribuída pela pessoa varia, conforme essa mesma fase. Na idade adulta, pode haver ameaça nos papéis sociais até então desempenhados e à imagem que a pessoa tem de si. A realização de uma ostomia de urgência é muito mais difícil de aceitar do que aquela que é programada. Uma pessoa quando é bem informada e preparada para o que vai ser submetido adapta-se melhor à sua situação clínica. (Albuquerque et al, 2009; Martins, 1999)</p> <p>Uma alteração na imagem corporal pode tornar-se numa experiência emocional difícil, uma vez que a pessoa tem associado à sua imagem, sentimentos e significados. E como forma de evitar a chamada de atenção para a sua aparência corporal, muitas vezes estas pessoas recorrem a atitudes de isolamento social, evitando os diálogos ou mesmo recusando uma vida social ativa. A adaptação da nova imagem corporal de forma positiva implica a integração de mudanças na anterior imagem que a pessoa tinha de si mesma. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)</p> <p>As pessoas com alteração da imagem corporal relacionadas com a estrutura ou função têm de lidar com o desconforto provocado pelo uso de sistema coletor de fezes (saco de colostomia), pelo que além da aceitação da ostomia, a pessoa também tem de integrar na sua imagem a existência de um saco coletor de fezes. Sendo de extrema importância o apoio familiar e social para uma melhor adaptação à sua situação de saúde atual e aceitação da nova imagem corporal. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)</p> <p>Cuidar em enfermagem é manter a dignidade e a individualidade da pessoa que é cuidada, e não focalizar a nossa atenção para as técnicas e para os atos que vão tratar a doença, respeitando a humanização dos cuidados agindo de acordo com o artigo 89.º, alínea a) do CDE que nos diz que devemos dar, quando prestamos cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.</p> <p>“ Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas</p>

**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

necessidades vitais.” (Collière, 1999, p.235)  
Na relação terapêutica o enfermeiro que ajuda deve fazê-lo no sentido de contribuir para que a pessoa que é ajudada adquira capacidades que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos. Estando aqui inerente o princípio da autonomia, este determina a capacidade que o ser humano tem de escolher e agir na tomada de decisão que diretamente lhe diz respeito. (Serrão e Nunes, 1998)

Consideramos mobilizada a unidade de competência K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

A comunicação interpessoal é fundamental para a pessoa/família enquanto ser social e para estabelecer relação terapêutica. Comunicação é a transmissão de informação no que respeita aos cuidados de enfermagem de forma compreensível para cada pessoa. Respeitando o artigo 84.º do dever de informação do CDE.

Toda a relação de ajuda com intencionalidade terapêutica passa pela comunicação, mas que visa dar resposta aos objetivos das pessoas que vivem essa relação. Só elas têm a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si. (Lazure, 1994)

Como profissionais de saúde devemos ter sempre presente que a informação deve ser transmitida de forma lenta e gradual, sempre acompanhada de uma atitude de escuta, compreensão, conforto e companhia. É imprescindível tranquilizar a pessoa e informá-la que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua vontade. Salientamos aqui a pertinência do consentimento livre e esclarecido (Artigo 84.º, alínea c) do CDE), respeitante ao dever de informação, que nos diz que devemos atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pela pessoa no que concerne aos cuidados de enfermagem.

Consideramos “ Consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.1)

Assim os enfermeiros devem respeitar e fazer respeitar a pessoa no caso do consentimento/dissentimento informado (Duarte, 2008), este é de primazia na relação terapêutica, de



**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

confiança e de comunicação entre enfermeiros e pessoa, o que permite envolvê-la no seu processo, com a sua tomada de decisão, dando-lhe autonomia no poder de escolha. É então importante que o enfermeiro tome consciência dos seus valores, dos valores da pessoa, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa. “ (...) Cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares – com vista a ajudá-los na sua situação.” (Hesbeen, 2000, p.67)

Consideramos mobilizada a unidade de competência K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Cuidar em enfermagem, não se limita à execução de tarefas, devemos ser capazes de compreender de forma holística a pessoa que estamos a cuidar. É neste propósito que a enfermagem adquire o seu expoente máximo de humanização. Logo cuidar em enfermagem necessita que se estabeleça relação terapêutica, esta significa estar com, que implica presença, reciprocidade ativa para que a pessoa no respeito pela sua autonomia, descubra e encontre caminhos que promovam a mudança para o futuro. Respeitando o artigo 89.º do CDE, referente à humanização dos cuidados. O enfermeiro deve desenvolver uma relação terapêutica, com habilidades que se traduzem em comportamentos articulados com as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais (Chalifour, 2008), o que torna a sua relação eficaz, na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes, que vão de encontro ao estabelecido no artigo 88.º do CDE (excelência do exercício), alínea b) (procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa), que nos permite projetarmos uma dinâmica de qualidade nos cuidados de enfermagem, fortalecendo a ação e prosseguirmos na caminhada exigente rumo à excelência do cuidar.

Consideramos que foi mobilizada a unidade de competência, K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Assim como a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:	Fundamentação:
<p>5- Apoiar a pessoa/família;</p> <p>Incentivar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Promover técnicas de relaxamento;</p> <p>Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;</p> <p>Promover a adaptação à incapacidade;</p> <p>Gerir ambiente físico</p>	<p>5-Sabendo que o enfermeiro deve participar na valorização da vida e da qualidade de vida do doente (artigo 82, alínea c) do CDE), a gestão de conforto da pessoa é também da responsabilidade do enfermeiro. Cada pessoa saudável é portadora de hábitos e rotinas no seu quotidiano, com os quais se sente segura e confortável. Vivenciando uma situação de doença, a pessoa tem de reorganizar os seus hábitos, saindo muitas vezes da sua zona de conforto e necessitando de ajuda. Assim, os enfermeiros deparam-se diariamente com pessoas com necessidades de cuidados de saúde.</p> <p>Kolcaba define “ necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais.” (Hamilton, in Tomey et al, 2004, p. 484)</p> <p>De acordo com a mesma teórica, estas necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, e o enfermeiro pode abordá-las definindo medidas de conforto através de intervenções de enfermagem. Desta forma, é certo que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes.” (Hamilton, in Tomey, 2004, p. 483), devendo o enfermeiro ajustar a sua ação a cada pessoa.</p> <p>Pelo que foi referido anteriormente, consideramos ter mobilizado a unidade de competência K. 1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, uma vez que se implementaram respostas de enfermagem apropriadas às complicações e se monitorizou e avaliou a adequação das respostas aos problemas identificados. Mobilizamos ainda a unidade de competência K. 1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>

### Avaliação:

No momento da alta, o Sr.º A, G., demonstrava conhecimento sobre os cuidados ao estoma e aceitação do seu estado de saúde. Contudo e de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, ficou encaminhado para a consulta de estomoterapia da instituição para daqui a uma semana. Foi também referenciado para o Centro de Saúde da sua área de residência, de forma a ter apoio/vigilância, se necessário, nos cuidados ao estoma.

No momento da alta, o Sr.º A. G. apresentava coping eficaz, aceitava a sua Auto-Imagem e referia melhoria no conforto. De forma a assegurar que estas atitudes se mantêm, terá ainda acompanhamento do serviço de psicologia da instituição, assim como o filho se o desejar, uma vez que o filho constitui o principal suporte familiar do senhor.

## Reflexão sobre as aprendizagens

Os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são altamente qualificados e desenvolvem-se num ambiente complexo, o que exige dos enfermeiros uma resposta eficaz às necessidades identificadas de forma a manter as funções básicas de vida, de modo a prevenir complicações e limitar incapacidades. O enfermeiro deve ter em conta a singularidade do ser humano, tentar perceber a sua trajetória de vida, de forma, a planear as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Uma vez que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes. (Hamilton, in Tomey et al, 2004)

Consideramos através da análise desta situação problemática, que todos os diagnósticos levantados, intervenções de enfermagem e resultados esperados, foram construídos utilizando uma linguagem classificada (CIPE v. 1.0, 2006), sustentados na literatura, que permitiram mobilizar as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e dar resposta aos problemas éticos identificados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, et al. - O Domício de Si – a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Revista Referência*. II Série.nº 9- Março 2009, p.27-33.

BATISTA, Maria et al. - Auto-Imagem de clientes com colostomia em relação à bolsa colectora. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64, nº 6, Nov/Dez, 2011. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0034) Acedido: [1/07/2012].

CHALIFOUR, Jacques - *A Intervenção Terapêutica – os Fundamentos existenciais- humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CIPE Versão 1 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0* – Lisboa. 2006. ISBN: 92-95040-36-8.

COLLIÉRE, Marie – Francoise - *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

DIRECÇÃO - GERAL DA SAÚDE - *Carta dos Direitos e Deveres dos doentes*. Direcção - Geral da Saúde. Disponível em [www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716aaaaaaaaaaaaaaaaa](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716aaaaaaaaaaaaaaaaa) Acedido: [1/07/2012].

DUARTE, Alberto - O enfermeiro e o consentimento/assentimento informado em menores de idade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, nº29, 2008, p.24-32.

GASPAR, et al. - Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*. II série. Nº11 – dez.2009, p. 33-36

HAMILTON, J.- Katherine Kolcaba - Teoria do Conforto. [autor do livro] Ann e Alligood; Martha Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*.5ªed. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

HARCOUT e RUMSEY - *Altered body image. Nursing patient with cancer: principals and practice*. St Louis: Elsevier, 2006, p. 701-715.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

KROUSE et al - *Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas*. Jpsichosom Res. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232235>  
Acedido: [1/7/2012].

LAZURE, Élène - *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95-399-5-2.

MARTINS, C - A problemática da Imagem corporal no doente oncológico. *Servir*. 1999. Nº 47, p. 312-319.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico dos enfermeiros*. Lisboa: Diário da República, 2009. 1ª Série, nº 180. P.6547-6549

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Enunciado de posição, Consentimento informado para intervenções de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2007, p.1-8.

Ordem dos enfermeiros - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Diário da república – Regulamento nº 122/2011. 2ª Série – 18 de Fevereiro de 2011, nº 35, p. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Diário da República – Regulamento nº 124/2011. 2ª Série-18 de Fevereiro de 2011, nº35, p.8656-8657.

RILEY, B. - *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.

SERRÃO, Daniel e NUNES, Rui. *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.

**APÊNDICE 23**  
**ARTIGO SOBRE O PIS**

## **Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência**

*RAPOSO<sup>1</sup>, Ana Teresa, MARTINS<sup>2</sup>,  
Maria de Lurdes*

### **RESUMO**

Este artigo resulta de um processo de aprendizagem, durante o estágio clínico, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que decorreu no Serviço de Urgência (SU), de um Hospital Alentejano. Onde elaborámos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) de acordo com a metodologia de projeto. O problema identificado foi a inexistência de protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por OF, na sala de emergência. A identificação desta problemática surgiu pelos seguintes fatores, por ser uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem, por se encontrar integrada no plano de ação do serviço e ao aumento de admissões nos serviços de urgências, de pessoas com intoxicação por organofosforados.

---

<sup>1</sup> Enfermeira no Serviço de Urgência do HLA, EPE. Estudante do 1º Curso de Mestrado em EMC, na ESS/IPS de Setúbal.

<sup>2</sup> Artigo realizado sob orientação da Professora Doutora em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da ESS/IPS de Setúbal.

Anuímos que as intoxicações por organofosforados são uma emergência

clínica, com necessidade de atuação imediata, pelo que houve pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área.

Com esse desígnio fundamental elaborámos um "Protocolo para cuidar com qualidade a pessoa intoxicada por organofosforados, na sala de emergência" Que demonstra ser uma das áreas em que o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica devem investir no contexto da sua intervenção, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, na busca constante da excelência do Cuidar em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

**Palavras-chave:** Abordagem Terapêutica; Intoxicação por organofosforados em adultos e Manifestações Clínicas.

### **ABSTRACT**

This article result of a learning process, during the clinical stage, of the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing, held at Emergency Service (ES), of one Alentejano hospital.

Where drafted the Intervention Project in Service (PIS) in accordance with the design methodology. The problem identified was the lack of protocol actions to care for the person with

intoxication OF, in the emergency room. The identification of this problem has arisen because the following factors, it is a difficulty experienced felt by nursing staff, it is integrated into the action plan of the service and the increase number of admissions of people with organophosphate poisoning in emergency. We agree that organophosphate poisonings are a medical emergency, requiring immediate action, it is relevance to deepen and transmit scientific and practical knowledge in this area. With this fundamental design was produced a "Protocol for care with quality a person intoxicated by organophosphates, in the emergency room" That proves to be one of the areas in which the Nurse Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing must invest in the context of his intervention in order to contribute to the quality of care, in constant pursuit of excellence in nursing care in Person Critic Status.

**Key words:** Therapeutic Approach; Organophosphate intoxication in adults and Clinical Manifestations.

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)**

O tema do nosso PIS – Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por Organofosforados (OF) na Sala de Emergência, demonstra ser uma das

áreas em que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deverá investir no contexto da sua intervenção, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, porque na busca constante da excelência na prática clínica, o enfermeiro " (...) contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem." (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.15)

No que concerne à estrutura, este PIS encontra-se dividido em quatro partes distintas, nomeadamente: Diagnóstico da Situação (Definição Geral do Problema, Análise do mesmo, Identificação dos Problemas Parcelares, Determinação de Prioridades, Objetivos Geral e específicos); Planeamento do projeto (Cronogramas); Execução (Atividades e Estratégias desenvolvidas) e Avaliação do Projeto (Divulgação dos Resultados Finais).

## **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

É a primeira etapa da metodologia de projeto, que visa a identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio sobre a qual incidiu a ação. O projeto desenvolvido e como forma diagnóstica foram aferidos com a Enfermeira Responsável pelo Serviço, com o

Coordenador do serviço e com a equipa de enfermagem, tornando-o uma mais-valia para o serviço ao incrementar qualidade nos cuidados a prestar às pessoas intoxicadas por OF na sala de emergência. Pois concordamos que um ambiente de integração e participação dos seus profissionais permite uma oferta de serviços de qualidade. Assim, ao pretendermos que este projeto tenha sucesso, apostámos no envolvimento de todos, desde o seu início. Uma vez que pessoas motivadas adicionam valor aos processos e garantem resultados para a instituição. (Mezomo, 2001)

A identificação desta problemática deve-se entre outros fatores ao aumento de admissões, nos serviços de urgência de pessoas com intoxicação por OF. De acordo com dados do Centro de Informação Antivenenos (CIAV, 2010), em Portugal no ano de 2009 houve 140 casos de intoxicações com OF, em 2010 aumentou para 280 casos e em 2011, 339 casos relatados (CIAV, 2011). Sabendo que a qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e uma exigência (Ordem dos Enfermeiros, 2002), constituiu-se como ponto fulcral a formação da equipa acerca dos cuidados de enfermagem para melhorar a prestação dos mesmos na especificidade deste tipo de intoxicações.

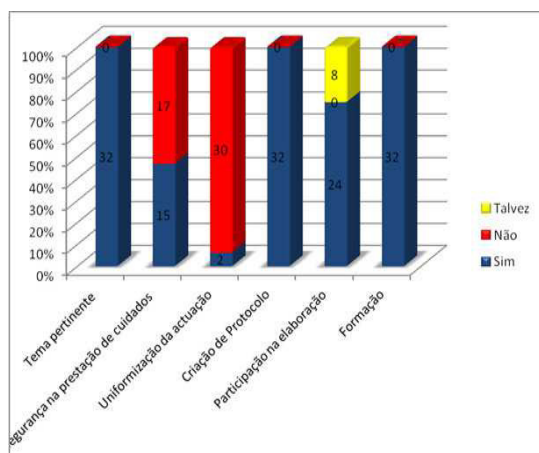
Definimos por isso o **problema geral**: Inexistência de um protocolo de atuação para cuidar a pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência.

Os OF são substâncias com atividade anticolinesterásica, utilizadas como inseticidas na agricultura. Pode ocorrer exposição accidental, durante a sua utilização (absorção pela pele ou por inalação), bem como a ingestão com efeitos suicidas. Situações comuns na maioria dos serviços de urgência. As intoxicações por OF são uma emergência clínica com necessidade de atuação imediata, havendo pertinência para aprofundar e transmitir conhecimentos científicos e práticos nesta área. (Sequeira, [et.al.], 1994; Sheehy, 2001; Estran, 2003; Bjorling-Poulsen, [et.al.], 2008; Caldas, 2010)

A **análise integral do problema** foi coadjuvada com a utilização de ferramentas diagnósticas (questionários e análise SWOT), como forma de avaliar objetivamente o contexto e facilitar o planeamento do projeto. Após pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição, aplicámos o questionário a 32 dos 34 enfermeiros da equipa, que aceitaram voluntariamente participar (não foi aplicado ao enfermeiro responsável pelo projeto, nem a quem estava de férias, no total não se aplicaram 2 questionários).



Optámos por um questionário, por ser um método de colheita de dados, que “Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p. 249) Este foi estruturado em 6 questões fechadas, para maior objetividade nas respostas e 1 questão aberta, para que os enfermeiros pudessem colocar sugestões. Todos os dados colhidos no questionário foram tratados e divulgados de forma anónima e confidencial. Para ilustrarmos o anteriormente referido apresentamos o gráfico nº 1.



**Gráfico nº 1 - Análise estatística dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço para conhecer a opinião sobre o tema em estudo**

Da análise do gráfico nº 1, destacamos que á questão 1: Acha este tema pertinente de estudo, 32 (100%) dos enfermeiros responderam sim. À questão 2: Sente segurança na

prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com intoxicação por organofosforados, 17 (53%) responderam não. À questão 3: Julga que no serviço existe uniformização da atuação de enfermagem perante a pessoa intoxicada por organofosforados, 30 (94%) responderam não. À questão 4: Seria útil a criação de um protocolo de atuação para o serviço, 32 (100%) responderam sim. À questão 6: Acha pertinente formação em serviço na área de intoxicações por organofosforados, todos os enfermeiros 32 (100%), responderam sim.

Concluimos então que esta problemática vai ao encontro das necessidades e expetativas dos enfermeiros do serviço de urgência, pelo que pretendemos criar um envolvimento tanto da administração e direção do serviço como de todos os colaboradores, para que exista compromisso em priorizar a qualidade dos cuidados, desenvolvimento num clima de participação na elaboração e continuidade do projeto.

Optámos também por aplicar uma ferramenta de avaliação da gestão, a análise SWOT para suportar a identificação e validação do projeto, por forma a avaliar objetivamente o cenário e facilitar o posterior planeamento estratégico. Esta análise efetua-se através da avaliação do ambiente

interno e externo, subdividido em quadrantes. No ambiente interno **(forças e fraquezas)** e no ambiente externo **(oportunidades e ameaças)**. (Carvalho; Costa e Dominginhos, 2009)

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência, tal é conseguido com a elaboração, com formação em serviço e implementação do protocolo de atuação **(forças)**. No que concerne às **fraquezas** do projeto, considerámos que estavam relacionadas com a fraca adesão dos enfermeiros. No entanto foi acautelada com a aplicação prévia de questionários aos mesmos, de forma a envolvê-los no projeto, verificou-se que 32 (100%) dos enfermeiros considera útil a criação do protocolo de atuação. Como **oportunidades** identificámos que o projeto vai de encontro às necessidades e expectativas dos enfermeiros, está de acordo com o plano de ação do serviço, o que promoverá um desempenho eficiente da equipa de enfermagem e uma gestão adequada, que permite alcançar os objetivos da equipa e do serviço. Como **ameaças** considerámos a não aprovação, em tempo útil do protocolo por parte do Conselho de Administração, no entanto já devidamente acautelada com o pedido de autorização para a realização do projeto, onde salvaguardava a

elaboração do protocolo. Por tudo o que referimos acima, pretendemos que a equipa tenha um maior envolvimento com o trabalho desempenhado e que se estabeleçam relações de confiança entre todos, para manter a motivação nas suas funções, promover a melhoria da satisfação e confiança da pessoa/doente/comunidade. (Ferreira; Neves e Caetano, 2001)

Após a análise integral do problema, suportada nas ferramentas de diagnóstico referidas, identificámos os **problemas parcelares** que resultaram da decomposição do problema geral em várias partes, que se complementaram e permitiram a articulação entre si: **1-** Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre intoxicações por OF; **2-** Promoção da adesão dos profissionais ao projeto; **3-** Ausência de indicadores de intoxicações por OF que recorrem ao serviço; **4-** Indisponibilidade de antídoto (Obidoxima) no serviço; **5-** Inexistência de protocolo de atuação à pessoa com intoxicação por OF na sala de emergência e **6-** Défice de formação dos profissionais na atuação ao intoxicado por OF.

Pelo afirmado definimos **prioridades** de forma a identificarmos a ordenação prevista para o planeamento do projeto, assim como prioridades considerámos: **1-** Aquisição de

conhecimentos; **2-**Envolvimento da equipa no projeto; **3-**Registo de todas as intoxicações por OF, em livro colocado na sala de emergência; **4-**Aquisição de antídoto para o serviço; **5-**Elaboração de protocolo de atuação à pessoa com intoxicação por OF; **6-**Realização de formação em serviço sobre atuação ao intoxicado por OF e **7-**Implementação do protocolo.

O objetivo geral fornece indicações que descrevem o resultado esperado, realçando competências amplas e complexas. (Mão de Ferro, 1999)

A partir do afirmado definimos o **OBJETIVO GERAL:** Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa intoxicada por OF na sala de emergência.

Os objetivos específicos são indicadores de conhecimento e aptidões, de maior clareza nos resultados esperados, como são realizados e avaliados. (Mão de Ferro, 1999)

Pelo que definimos como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** **1-** Aprofundar conhecimentos sobre o tema a estudar; **2-** Envolver a equipa de enfermagem no projeto; **3-** Conhecer a realidade do serviço no que concerne ao número e tipo de intoxicações por OF; **4-** Adicionar oxima à carga base medicamentosa (perfil da medicação) da sala de emergência; **5-** Elaborar protocolo de atuação à pessoa com

intoxicação por OF na sala de emergência; **6-** Promover a adesão da equipa multidisciplinar à formação sobre atuação perante a pessoa intoxicada por OF e **7-** Implementar protocolo.

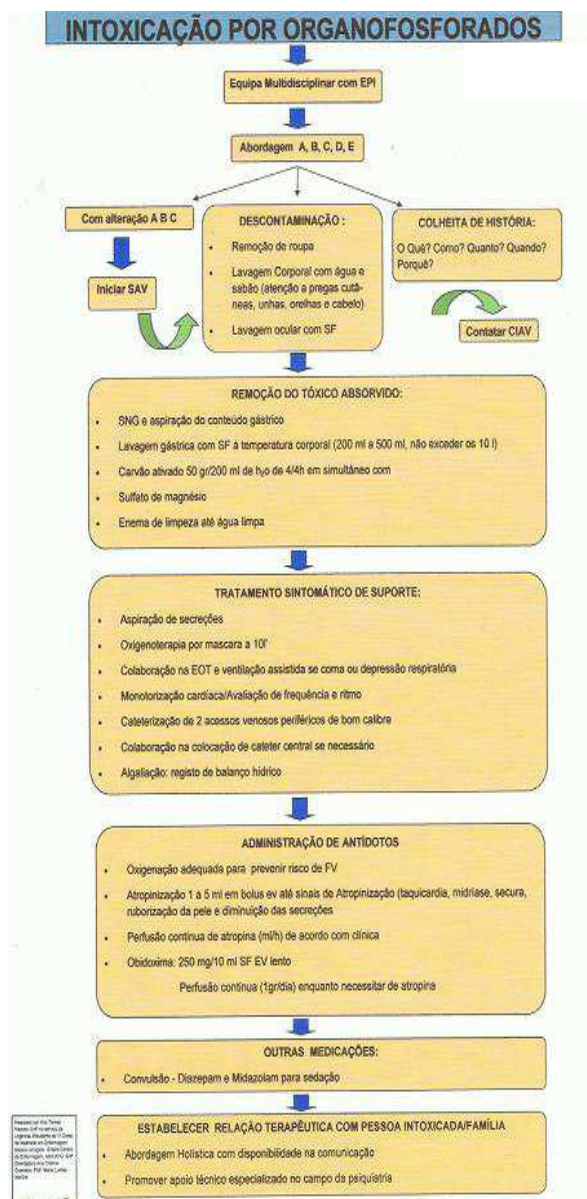
## PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento prepara o caminho a percorrer, conjugando estratégias a utilizar assim como recursos de forma a atingir os critérios de avaliação estabelecidos. No planeamento do projeto também tivemos em conta a calendarização de atividades, ou seja, os respetivos **cronogramas:** o inicial que determinou a data de início e de fim das atividades a desenvolver e o final que apresenta a data alterada das atividades executadas face ao planeado. Acreditamos que ao termos executado em pleno, todas as atividades planeadas, atingidos todos os objetivos estipulados, num período de tempo menor, possibilitou-nos, a elaboração de mais material informativo e de apoio à prática dos cuidados (folheto e fluxograma) sobre o protocolo e também a oportunidade de replicar a formação a mais enfermeiros da equipa.

Deixámos para consulta o fluxograma de atuação de rápido acesso, aquando da chegada à sala de emergência de

uma pessoa intoxicada por OF (elaborado de acordo com o protocolo).

**Figura 1 – Fluxograma de atuação perante pessoa intoxicada por OF**



## EXECUÇÃO DO PROJETO

A etapa de execução da Metodologia de Projeto preconiza a realização do que

foi planeado, coloca em prática o que foi mentalmente esboçado, tornando-se numa situação real construída. (Fortin, 1999; Nogueira, 2005)

As escolhas das **atividades e estratégias** realizadas permitiram alcançar os objetivos traçados

## AVALIAÇÃO FINAL DO PROJETO

Após análise pormenorizada, da forma como foram desenvolvidas as atividades para cada objetivo específico definido, assim como cada um deles foi sendo atingido, apraz-nos aferir que os mesmos, foram pertinentes para o processo e permitiu-nos concluir que a elaboração do **Protocolo de Atuação para Cuidar com Qualidade a Pessoa Intoxicada por OF na Sala de Emergência** foi um trabalho bastante gratificante. Acreditamos que este projeto é e será a forma de garantir a melhoria da qualidade, dos cuidados prestados à especificidade das pessoas e famílias abrangidas por esta problemática. E uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar, como para a instituição, uma vez que ambas existem para atender aos problemas dos cidadãos, com cuidados de enfermagem de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

A elaboração deste artigo permite a **divulgação dos resultados finais**, dá a conhecer a pertinência do projeto e o

percurso da resolução do problema, na melhoria dos cuidados, servindo de exemplo para outros serviços e instituições, constituindo-se como um contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

## FINALIZANDO

Cientes de todo o trabalho desenvolvido, pudemos afirmar que ao agirmos como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, somos promotores e impulsores no sentido de fomentar um cuidar inovador, alicerçado no conhecimento, na formação e na motivação da equipa de enfermagem, construindo uma maior harmonia no processo de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

## REFERÊNCIAS

BJORLING-POULSEN, Marina;  
ANDERSEN, Helle e GRANDJEAN,  
Philippe - Potencial developmental  
neurotoxicity of pesticides used in  
Europe. *Environmental Health*. [Em  
linha]. Vol. 7, nº 50 (2008), p. 1-22.  
[Consult. 13 Dez. 2011]. Disponível  
em:[http://www.ehjournal.net/content/  
pdf/1476-069x-7-50.pdf](http://www.ehjournal.net/content/pdf/1476-069x-7-50.pdf).

CALDAS, Luiz - *INTOXICAÇÕES  
EXÓGENAS AGUDAS POR  
CARBAMATOS, ORGANOFOSFORADOS,  
COMPOSTOS BIPYRIDÍLICOS E  
PIRETRÓIDES*. [Em linha]. Niterói:  
Centro de Controle de Intoxicações de  
Niterói- RJ, (2010). [Consult. 15 Dez.  
2011]. Disponível em:  
<http://www.uff.br/ccin/>.

CARVALHO, Luisa; COSTA, Teresa e  
DOMINGUINHOS, Pedro -  
*Empreendedorismo uma Perspectiva  
Multidimensional- Teoria e Prática*.  
Setúbal: Autores, 2009.

CIAV - *Casuística 2010*. [Em linha].  
CIAV, (2010). [Consult. 19 Set. 2011].  
Disponível em :[www.inem.pt/ciav](http://www.inem.pt/ciav).

CIAV - *Estatística de Intoxicações por  
inibidores das colinesterases*. [Em  
linha]. CIAV, (2011). [Consult. 10 Jul.  
2012]. Disponível  
em:<http://www.inem.pt/ciav>.

ESTRAN, Neiva Valesque Brum - *Sala  
de Emergência: emergências clínicas e  
traumáticas*. Porto Alegre: UFRGS,  
2003. ISBN: 85-7025-710-4.

FERREIRA, J. M. C.; NEVES, José e  
CAETANO, António - *MANUAL DE  
PSICOSSOCIOLOGIA DAS  
ORGANIZAÇÕES*. Lisboa: Mcgraw-Hill,  
2001. ISBN: 972-773-105-8.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O PROCESSO  
DE INVESTIGAÇÃO: da concepção á  
realização*. Loures: Lusociência-

Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-x.

MÃO DE FERRO, António - *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN: 972-772-062-2.

MEZOMO, João - *Gestão da Qualidade na Saúde, princípios básicos*. Brasil: Copyright, 2001. ISBN: 85-204-1263-7.

NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro - *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores*. São Paulo: Erica, 2005. ISBN: 85-365-0078-6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. (2002), p. 1-16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, (2006). [Consult. 8 Out. 2012]. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt/](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento nº 124/2012 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. D.R. II Série. Nº 35 (2011-02-18) 8656-8667.

SEQUEIRA, F. João [et.al.]- Intoxicação por Organofosforados- Avaliação prognóstica em 143 doentes. *Medicina Interna*. Vol. I, nº 1 (1994), p. 7-13.

SHEEHY, Susan - *ENFERMAGEM DE URGÊNCIA- Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001. ISBN: 972-8383-16-9.